



**MARIA DO CÉU DE
JESUS SILVESTRE**

**INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO**



**MARIA DO CÉU DE
JESUS SILVESTRE**

**INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, professora auxiliar do Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e coorientação da Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma me apoiaram durante a sua elaboração, seja pela amizade, pela dedicação, pela paciência, pelo carinho e assim me ajudaram a crescer como pessoa.

o júri

Presidente

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor Associado com Agregação, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira
Professora Coordenador, Escola de Enfermagem de Coimbra

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de deixar expresso o meu agradecimento a todos quantos, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta dissertação, embora correndo o risco de não mencionar algumas pessoas, não posso deixar de nomear:

A Professora Doutora Teresa Carvalho, minha orientadora e à Professora Doutora Elsa Melo minha coorientadora, pelo estímulo, disponibilidade permanente e apoio necessário à preparação desta dissertação, aqui fica o meu bem-haja.

Aos enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga- Unidade de Aveiro, pelo seu contributo, disponibilidade que demonstraram em me auxiliar na realização das entrevistas, com sugestões, o meu reconhecimento.

Agradeço, também, a todos os colegas da equipa de Obstetrícia, pelo apoio constante, compreensão e colaboração, muito obrigada.

Por fim, mas não em último, pretendo expressar a minha gratidão a toda a minha família pelo estímulo, compreensão e carinho demonstrado desde início, e de forma muito especial ao Zé, Tiago e Inês pelos momentos que foram privados da minha presença, compelida pela elaboração deste trabalho.

A todos os que não nomeei, mas não foram esquecidos, bem hajam.

palavras-chave

Gestor, integrador, integrado, elementos facilitadores e elementos limitadores, integração, supervisão, enfermagem.

resumo

As instituições públicas, mais concretamente os hospitais, recorrem com frequência ao regime de contratação de trabalho de curta duração, o que implica mais processos de socialização organizacional decorrentes, nomeadamente da integração dos enfermeiros. A preocupação com a integração dos enfermeiros recém-admitidos constituiu o fator preponderante na elaboração deste trabalho, que se centrou no estudo de caso do processo de integração dos enfermeiros do CHBV-Unidade de Aveiro, e que teve como finalidade identificar os elementos facilitadores e limitadores do processo de integração dos enfermeiros, bem como, conhecer a perceção dos enfermeiros gestores, integradores e integrados dos diferentes serviços onde os enfermeiros foram admitidos acerca do processo de integração.

O processo de integração do enfermeiro foi estudado, tendo em conta os diferentes intervenientes no processo de integração, usando uma metodologia qualitativa através da entrevista semiestruturada.

Este estudo foi desenvolvido em diferentes serviços hospitalares, abrangendo a área médica, cirúrgica e urgência.

Da análise do conteúdo, constatamos que os enfermeiros recém-admitidos recorrem a várias estratégias no seu processo de integração, das quais se salienta o recurso ao conhecimento e perícia dos enfermeiros com mais experiência naquele domínio de cuidados. Os resultados evidenciaram ainda, que é atribuído ao enfermeiro integrador e ao enfermeiro gestor do serviço um papel preponderante na planificação da integração no Hospital e no serviço, a qual é apontada como fator definitivamente facilitador do processo. Os fatores facilitadores quando não existem, passam a ser limitadores do processo de integração.

Concluimos que não existe homogeneidade nos discursos do integrador, gestor e integrado. A relação encontrada entre eles é apenas parcial, uma vez que cada um descreve a experiência do processo de integração de forma diferente.

keywords

manager, integrator, integrated, enablers elements, restrictive elements, integration, supervision, nursing

abstract

Public Institutions, such as hospitals, have been adopting short duration labor contracts, which imply socialization processes more organized from the integration of nurses. The integration of the recently-admitted nurses is the major focus of this work, and it is based on the case study concerning to the integration of nurses at the CHBV unit of Aveiro. The main purpose of this work was to identify the enablers and restrictive elements in the integration of the nurses, and explore the perception from the nurse manager, the nurses in the process of being integrated and the nurses already integrated at a specific service.

The process of integrating nurses was studied, taking into account the several stakeholders of the integration process, and using a qualitative methodology through semi-structured interviews.

This study was developed in different hospital services of the following areas: medical, surgery and emergency.

According to the content analysis, we can observe that the recent-admitted nurses use different strategies in their integration process, which we can highlight the use of the knowledge and skills of the nurses with more experience. The results demonstrate that the role attributed to the integrator nurse and to the service manager nurse has a huge impact in planning the recent-admitted nurses at the hospital and the service, and definitely it is an enabler factor of the process. We concluded that there is not homogeneity in the speeches of the integrator, manager and integrated. The relationship observed among them is partial, since each one describes the experience of the integration process in a different way.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
-----------------	---

PARTE I

1 A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM.....	9
---	---

1.1 Concetualização da Enfermagem como Profissão	11
--	----

1.2 Competências do Enfermeiro Integrado	14
--	----

2 FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	17
-------------------------------	----

2.1 Supervisão em Enfermagem	17
------------------------------------	----

2.2 Novo Modelo de Desenvolvimento Profissional	20
---	----

3 ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	23
--	----

3.1 O processo de socialização profissional de enfermeiros	24
--	----

3.2 Enfermeiro Gestor da Unidade	27
--	----

3.3 Enfermeiro integrador	29
---------------------------------	----

PARTE II

1 METODOLOGIA	33
---------------------	----

1.1 Tipo de Estudo.....	34
-------------------------	----

1.2 Amostra.....	35
------------------	----

1.2.1 Caraterização dos Integrados.....	36
---	----

1.2.2 Caraterização dos Integradores	36
--	----

1.2.3 Caraterização dos Gestores	37
--	----

1.3 Instrumento de Recolha de Dados e Procedimentos	38
---	----

2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
------------------------------------	----

2.1 Perspetiva do Gestor	43
--------------------------------	----

2.1.1 Iniciação ao Processo de Integração.....	43
--	----

2.1.2 Desenvolvimento do Processo de Integração	50
---	----

2.1.3 Avaliação do Processo de Integração	53
---	----

2.2 Perspetiva Do Integrador.....	59
2.2.1 Iniciação ao Processo de Integração.....	59
2.2.2 Desenvolvimento do processo de integração	62
2.2.3 Avaliação do processo de integração	65
2.3 Perspetiva do Integrado	70
2.3.1 Iniciação ao Processo de Integração.....	70
2.3.2 Desenvolvimento do processo de integração	74
2.3.3 Avaliação do Processo de Integração	78
3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS	

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 - PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM MEIO HOSPITALAR NA PERSPETIVA DE GESTOR, INTEGRADOR E INTEGRADO	42
TABELA 2 - CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DO ENFERMEIRO GESTOR	57
TABELA 3 - CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DO ENFERMEIRO INTEGRADOR	68
TABELA 4 - CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DO ENFERMEIRO INTEGRADO	80

INTRODUÇÃO

No atual contexto, as mudanças políticas, económicas e sociais colocam desafios às organizações e, em particular, aos seus recursos humanos. Num contexto global de contenção da despesa pública e de alteração dos modelos de participação e da intervenção do estado na economia e na vida dos cidadãos, as instituições públicas são incentivadas a criar formas de rentabilizar os recursos humanos, na perspetiva de que é nos recursos humanos que se centra a grande diferença nos seus resultados. Este contexto exige ao profissional uma atualização constante de saberes e de competências, em particular no contexto da saúde. Aos profissionais são exigidas competências que lhes permitam acompanhar a evolução científica e tecnológica, bem como as crescentes exigências das instituições e dos cidadãos, que requerem cuidados de saúde de qualidade. Tal significa que se assiste a mudanças importantes nas estruturas organizacionais de prestação de cuidados de saúde, com forte impacto nos seus profissionais, designadamente nos enfermeiros.

A profissão sendo parte integrante da vida humana, nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, permitem a aquisição de direitos, deveres e a própria identidade do Homem. A profissão permite a integração social do indivíduo, uma vez que grande parte da ocupação diária ocorre no âmbito da atividade profissional. As instituições estão diretamente ligadas às profissões nelas exercidas, logo o funcionamento da instituição têm impacto preponderante no exercício da profissão. Dadas as pressões exercidas sobre as instituições de saúde, as mudanças organizacionais poderão ter um impacto significativo nos seus profissionais.

A enfermagem representa uma grande fatia dos recursos humanos de uma instituição hospitalar (Siqueira & Kurcgant 2005) .Neste contexto, os profissionais de enfermagem tem um novo desafio para dar resposta às novas necessidades impostas pela mudança.

Consideramos que o processo de integração de enfermeiros recém-admitidos nos hospitais pode ser um fator de rentabilização de recursos humanos. É importante, no entanto, estar consciente dos elementos limitadores e facilitadores do processo de integração. Estes fatores podem ser identificados não só ao nível do integrador como também do enfermeiro responsável da integração e do gestor da unidade.

O processo de integração de profissionais visa a adaptação do profissional a um conjunto de práticas. A necessidade dessa adaptação pode resultar do início de funções, mudança de local ou mesmo de mudança de funções.

Esse processo adaptativo envolve não só o conhecimento da estrutura física, do equipamento e do seu correto manuseamento, mas também do relacionamento com outros setores da organização e o conhecimento técnico-científico. Pretende-se, assim, que neste período de integração, o enfermeiro adquira competências que lhe permitam um bom desempenho profissional (Azevedo 1996).

O processo de integração é interativo e dinâmico, envolvendo não só o integrado e integrador mas também o enfermeiro gestor da unidade e todo o pessoal que desempenha funções no serviço.

A integração de profissionais de enfermagem recém-admitidos coloca alguns problemas. A diversidade de capacidades técnico-científicas e relacionais que apresentam estes profissionais condiciona a criação de programas de integração específicos por serviço e por profissional.

Sabemos que qualquer programa deve ser flexível e adaptado às diferentes realidades. Porém essa diversidade estimula os integradores, tornando este processo individual e exclusivo. Cada enfermeiro que inicia o processo de integração, possui previamente um conjunto de conhecimentos, experiências, que podem determinar tempos de adaptação diferentes, quando comparado com outros, os quais devem ser respeitados e avaliados continuamente durante o processo de integração.

Os fatores limitadores podem estar relacionados com o contexto social, custo da integração do enfermeiro, com a disponibilidade dos intervenientes, com a falta de operacionalização do processo de integração, com a estrutura organizacional, com o estilo de liderança. Para as limitações podem também contribuir o desajuste entre os objetivos organizacionais e as necessidades dos profissionais (Barroso 2011).

É no primeiro período como profissional que se evidencia a necessidade de uma integração no serviço e de sintonia com todos os intervenientes no processo, para que estes sejam verdadeiros elementos facilitadores.

Por forma a aprofundar as condições que limitam ou facilitam a integração, este trabalho centra-se num estudo de caso baseado numa abordagem qualitativa da integração de enfermeiros no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), EPE-Unidade de Aveiro. Com este trabalho pretendemos, identificar fatores limitadores e facilitadores do processo de integração dos enfermeiros, bem como a

percepção dos diferentes intervenientes, gestores, integradores, e enfermeiros em processo de integração.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira abordamos o quadro teórico de referência em três pontos principais: o primeiro procura analisar as diferentes referências sobre a profissionalização da enfermagem ao longo dos tempos, no segundo aborda a relação da formação, mais propriamente os ensinamentos clínicos como momento privilegiado do processo da integração do enfermeiro, por fim referimos os diferentes atores envolvidos no processo de integração numa fase inicial de admissão à unidade.

A segunda parte descreve o estudo empírico propriamente dito e está organizada em três pontos: no primeiro apresentamos a metodologia, no segundo a análise e tratamento dos dados e na terceira a discussão dos resultados.

Por fim são apresentados os resultados do trabalho empírico e limitações sentidas no decurso do estudo, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

PARTE I

1 A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

A profissionalização dos cuidados de enfermagem e os conhecimentos específicos desta área do saber tem sido fontes de reflexão e análise nos últimos anos (Serrano 2008).

A enfermagem tem sentido a necessidade de criar uma identidade própria, tendo em vista este objetivo, tal como outros grupos profissionais procurou criar um corpo de conhecimentos específicos, transformando-se e valorizando-se de forma gradual (Pimentel 1999).

As primeiras abordagens sobre as profissões basearam-se nas teorias funcionalistas. Construía-se um modelo e comparava-se cada uma das profissões com o modelo, assim partia-se do pressuposto que era possível identificar e tipificar um conjunto de características ideais para classificar uma profissão (Carvalho 2009).

Só no séc. XIX, a partir da intervenção de Florence Nightingale, é que a formação dos enfermeiros se iniciou formalmente, ao separar o ensino da enfermagem da medicina e ao operacionalizá-lo de forma organizada, o qual passou a ser essencialmente ministrado pelos pares (Amendoeira 2006). Nesta altura em que o ensino da enfermagem passa a ser orientado por princípios científicos e humanísticos, verifica-se o início do desenvolvimento da enfermagem moderna, em que o foco da enfermagem é centrado na pessoa e nos cuidados de enfermagem prestados, sendo assim, dado início à profissionalização da enfermagem. Entretanto, foram surgindo vários modelos e teorias de enfermagem que influenciaram a evolução da noção de cuidados de enfermagem, até à atualidade (Carvalho 2009). A enfermagem, enquanto profissão com formação certificada, tem uma história recente. A contribuição dada pelo desenvolvimento da formação da enfermagem tem funcionado como impulso à própria profissão e ao ensino (Amendoeira 2006).

No entanto, é inquestionável que a origem da enfermagem como profissão está intimamente ligada às transformações e expansão dos hospitais, por evolução de técnicas e transformações sociais (Lopes 2001).

Assim à enfermagem foram atribuídas maiores responsabilidades e competências, necessitando de profissionais com mais conhecimentos diferenciados para a prestação de cuidados de saúde.

Foi este contexto técnico e organizacional que deu origem à reforma inicial de Florence Nightingale, e assim, criaram-se as condições fundamentais para a identidade da enfermagem como grupo socioprofissional.

A profissão de enfermagem surge após um percurso histórico bastante atribulado. A associação do exercício da prestação de cuidados, por estes profissionais com o conhecimento científico, ou com a aquisição de competências, fundamentadas em base teórica e científica, foi fundamental para a constituição deste grupo profissional dando origem à construção de novos modelos para a formação e socialização dos enfermeiros (Rua,2011).

Neste percurso de profissionalização, o mais importante, de acordo com a visão interacionista das profissões, são as circunstâncias em que a enfermagem surgiu como profissão. A enfermagem, só na segunda metade do séc. XX, passou a existir como comunidade profissional estruturada, tendo em conta a vivência de experiências e partilha das mesmas pelos diferentes membros que a constituem (Amendoeira 2006), surgiu assim uma reflexão sobre a prática, baseada em conhecimentos científicos, capaz de se afirmar como grupo profissional, colaborando na produção direta de cuidados de saúde (Lopes, 2001).

O processo de profissionalização da enfermagem ocorre no contexto de mudança da condição feminina, a nível internacional. Mas também com as descobertas da ciência no campo da medicina, passando a formação de enfermagem a ter uma base científica o que proporciona cuidados mais eficazes (Amendoeira 2006).

Assim para compreender o processo de profissionalização é indispensável conhecer o sistema de formação, o regulamento do exercício profissional e, na atualidade, o reconhecimento da sociedade da importância dos enfermeiros para a saúde dos cidadãos, tendo a criação da Ordem dos Enfermeiros (Pimentel 1999), constituído um marco importante no reconhecimento social da profissão de enfermagem.

Ao surgir na comunidade a necessidade da prestação de cuidados especializados para preservar a saúde, surge a possibilidade de criar relação entre cuidados que a comunidade necessita, ou seja, o mercado procura este tipo de trabalho efetuado pelos enfermeiros e a formação fornecida para desempenhar a profissão (Idem).

Ao falarmos de profissão de enfermagem neste estudo, esta é entendida como tendo a qualificação superior. Na prática, sendo diplomados do ensino superior não os podemos considerar como sendo apenas uma ocupação (Carvalho 2009), mas antes como profissionais com um corpo de conhecimento específico.

Segundo Carvalho (2009), o profissionalismo na enfermagem está sempre condicionado pela relação com outros grupos profissionais. Esta questão surge porque a relação interprofissional entre médicos e enfermeiros é muito estreita. Segundo Walby (Carvalho 2009), as duas profissões são simultaneamente competitivas e complementares.

A profissionalização da enfermagem em Portugal está enquadrada pela formação superior centrada na obtenção de 240 ECTS (Dec.- Lei 353/99 de 3 de Setembro), pelas competências profissionais estabelecidas, competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo regulada pelo Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem (1996), e pelo código deontológico definido pela Ordem dos enfermeiros. No entanto, apesar de estarem criadas as circunstâncias que determinam a identidade profissional, tal por si só, não é suficiente para se ter reconhecimento social como profissão, se a sua autonomia funcional continuar a não estar presente (Rua 2011).

A profissão de enfermagem, na realidade portuguesa é reconhecida formalmente, pelo estado que, com a criação da Ordem dos enfermeiros em 1998, pretendeu consolidar uma comunidade profissional, conforme expresso no (OE,1998):

“...Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade em especial em cuidados de enfermagem”.

1.1 Concetualização da Enfermagem como Profissão

Os modelos concetuais pretendem não só orientar a prática de enfermagem, como a intervenção direta nos cuidados, e também apoiarem a formação, a investigação e gestão dos cuidados de enfermagem.

Com a criação de modelos concetuais pretende-se desenvolver os conhecimentos que apoiam a prática e elaborar teorias em ciências de enfermagem. De acordo com Dias (2006), podemos definir

um modelo conceitual como uma fotografia mental da representação da realidade, isto é, uma forma de conceber a profissão.

Amendoeira (2006) no seu estudo sobre: “Uma biografia partilhada da enfermagem” em que verificou que os valores e ideias evoluíram de acordo com as épocas, constatando-se no entanto que há algumas conceções, que coexistem justificadas por diversos paradigmas.

Estes modelos conceituais, se analisados numa perspetiva cronológica, podem-se situar em três grandes períodos: pré-Nightingale, de Nightingale aos anos 60, e pós-Nightingale (até à atualidade). No entanto, houve sempre consenso ao longo do tempo nas diferentes sociedades de que a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem (Rua 2011).

Internacionalmente, até aos anos 60, baseou-se nos valores de ordem moral, uma vez que muitas das enfermeiras estavam ligadas a ordens religiosas e os conteúdos profissionais de caráter técnico, eram transmitidos pela classe médica (Collière 1989).

Após os anos 60, inicia-se um novo período, com pouca aplicabilidade prática. Começa-se a falar de deveres e direitos dos enfermeiros e dos utentes. Falava-se da necessidade de humanização dos cuidados, da autonomia da enfermagem e da necessidade de alterar as metodologias utilizadas nas escolas, no entanto muito pouco é implementado (Pimentel 1999). Também nesta fase, os enfermeiros sentem a necessidade de serem criados mecanismos de regulamentação e controlo do exercício profissional, pensando que a melhor forma seria criar uma associação profissional de direito público e estabelecer um código deontológico, onde alcançariam um estatuto por onde se poderia regular o comportamento profissional e assim garantir a prestação de cuidados de qualidade. (1998).

Já para Kérouac et al, *in* (Rua 2011) a enfermagem passou por três paradigmas: categorização, integração e transformação.

- A *categorização*, (1850-1950) perspectivava os fenómenos de modo isolado, sem ter em consideração o contexto, mas dando ênfase às propriedades mensuráveis e possíveis de serem definidas. A saúde era vista como ausência de doença. Nesta altura dá-se a evolução científico-tecnológica que permitiu o avanço da medicina, quer para diagnosticar quer para tratar. Assim os médicos sentem necessidade de delegar tarefas de rotina nos enfermeiros.
- A *integração*, (1950-1975) é outro dos paradigmas da enfermagem. Este já perspetiva os fenómenos como multidimensionais e contextualiza-os. A enfermagem passa a centrar as

conceções a partir da pessoa. Surgem os primeiros modelos conceituais para a prática dos cuidados de enfermagem, orientação da formação e investigação.

- A *transformação*, (1975-Séc.XXI) é pois o terceiro paradigma da enfermagem, que perspetiva os fenómenos como únicos, mas mantendo interação com tudo o que os rodeia. A enfermagem vê aqui neste paradigma a abertura para o desenvolvimento das ciências de enfermagem.

É com o D.L. nº 191/96 de 4 de setembro que é aprovado o Regulamento do Exercício dos Enfermeiros (REPE) que ajusta o desenvolvimento dos cuidados e da educação em enfermagem. Assim, com a publicação do REPE, dá-se início a uma nova etapa na profissão de enfermagem, criando princípios de atuação baseados numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseados na igualdade, reciprocidade, nas relações humanas e acordo com os contratos existentes.

O ensino de enfermagem ao passar a ser integrado no Sistema de Ensino Superior, em 1988, implicou a reformulação dos planos curriculares. Esta alteração do ensino não foi de forma alguma pacífica, trouxe conflitos com a atribuição dos graus académicos; ou seja, no que respeita ao processo de equivalências aos graus de bacharel e licenciado. Sentiu-se dentro do grupo profissional da enfermagem algum mal-estar entre os enfermeiros com diferentes qualificações. O departamento de ensino de enfermagem em Portugal, ao ser integrado no ensino superior, desapareceu e foi criado um modelo de formação mais adequado ao atual contexto (Amendoeira 2006).

O REPE veio clarificar conceitos, intervenções e funções e simultaneamente os direitos e deveres dos enfermeiros. É nesta fase que, após um longo e atribulado percurso, o próprio Estado reconhece a necessidade de criar a ordem dos enfermeiros, o que vem a ocorrer no final da década de 1990.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), (1998), crê-se estarem criadas as condições para regulamentar a autonomia da profissão de enfermagem. O contributo dos enfermeiros, no quadro das profissões de saúde, centra-se na prestação de cuidados ao cidadão. A institucionalização da Ordem visa regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermagem e assegurar o cumprimento das regras éticas e deontologia profissional de forma a contribuir para promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem (Amendoeira 2006).

A Ordem dos Enfermeiros define cuidados de enfermagem como sendo:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e

promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação aos múltiplos fatores através de processo de aprendizagem do cliente”.

Esta definição é uma forma de sustentar a afirmação da enfermagem e a sua edificação como profissão (Rua 2011). Desta forma, surge uma questão pertinente: *Como é que será que os enfermeiros, atores do processo de integração, veem a sua identidade profissional e as suas competências serem levadas à prática?* É na resposta a esta pergunta que passaremos a refletir bem como sobre a forma como os diferentes intervenientes interagem no processo.

1.2 Competências do Enfermeiro Integrado

O desenvolvimento de competências do enfermeiro baseiam-se particularmente na formação e no reconhecimento que este tem da sua identidade profissional. Alarcão (2001) refere que a competência se manifesta no desempenho, não se visualiza. Na perspetiva da mesma autora a competência:

” Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias. Não se manifesta apenas num aspeto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão.”

Assim, o avanço da tecnologia não substitui o enfermeiro, mas exige-lhe mais competências para que possa prestar cuidados de enfermagem que incorporem todas as dimensões do ser humano.

Na atualidade, não são apenas exigidos aos enfermeiros saberes ao nível das habilidades, destreza e segurança, mas também competências que contribuam para o desenvolvimento da profissão (Abreu 2003).

Entende-se assim por competência, segundo Pires (Rua 2011), um processo que implica que o indivíduo tenha capacidade de agir perante determinada situação, através de uma dinâmica de integração onde aplicam os diferentes saberes, que não podem ser descontextualizadas da motivação e do propósito do sujeito, pois estão intimamente ligadas à situação perante a qual ele se defronta.

Para que haja desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, é necessário que durante a supervisão clínica, ocorram períodos de reflexão sobre o que é ser enfermeiro (Simões 2004).

Há toda uma importância na compreensão metodológica e estratégica que os enfermeiros adotam, durante a supervisão. Daí tentarmos perceber como estes aspetos podem influenciar as competências do recém-admitido, no processo de integração e de aprendizagem.

Espera-se que o recém-licenciado adquira competências que lhe possibilitem tomar decisões mais facilmente, construir uma percepção positiva de si e desenvolver segurança nas suas atitudes e comportamentos. De acordo com Abreu (2007) estes aspetos são facilitados quando o iniciado está acompanhado pelo seu supervisor, que lhe possibilitará uma crescente segurança na execução prática do seu trabalho. Ainda é referido pelos recém-integrados, que o apoio, acessibilidade, empenho, acompanhamento e a presença contínua são aspetos positivos no supervisor (Cunha *et al.* 2010).

Por sua vez a Ordem dos Enfermeiros define as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, de forma que haja uma apropriação do significado das mesmas, tendo em vista a identificação dos saberes adquiridos ao longo da sua formação e da sua experiência, a qual podemos transpor de aluno para profissional.

No contexto acabado de referir a Ordem dos Enfermeiros, em 2003, criou o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, onde é definido o domínio da prática profissional, ética e legal; da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional baseando-se nos pressupostos, referenciados nos seus estatutos, no Regulamento (REPE) e no código deontológico da profissão (1998).

Neste âmbito, a Ordem dos Enfermeiros define a competência dos enfermeiros de cuidados gerais como: "... um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar" (Ordem dos Enfermeiros 2003).

A Ordem dos Enfermeiros quando reconhece um enfermeiro de cuidados gerais, atribui-lhe competências em diferentes domínios, ou seja a nível de intervenções autónomas, intervenções interdependentes, tomada de decisão, implementação de intervenções, responsabilidade pela delegação de tarefas e responsabilidade pelo seu desenvolvimento profissional (Idem).

Assim, passa a atribuir ao enfermeiro recém-licenciado uma participação ativa na tomada de decisão e confere-se-lhe competência e autonomia na prestação de cuidados de enfermagem.

2 FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A formação é hoje alvo de intensa reflexão e discussão, decorrente das atuais exigências e desafios colocados aos profissionais. É exigido aos profissionais um desempenho competente para atuar nas mais diversas situações, o que implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos em contexto de formação profissional, para contexto da prática clínica (Rua 2011).

Concorrentes com estes desafios emergiram novos paradigmas de formação que procuram colocar os formandos no centro de toda a ação pedagógica. Assim, atualmente, os formandos são responsabilizados pela sua própria aprendizagem. O que se pretende com esta alteração é que mais tarde tenhamos profissionais mais competentes, com respostas eficientes perante a diversidade e complexidade de situações com as quais são confrontados (idem).

A formação durante os ensinamentos clínicos é um elemento estruturante na edificação da própria identidade e competências profissionais futuras. É também neste período de formação clínica que se inicia a socialização profissional do aluno ou seja, quando leva as competências adquiridas da teoria à prática (Barroso 2011).

A supervisão clínica em enfermagem começa a emergir em Portugal, associada à formação profissional, ao acompanhamento de práticas, aos programas de melhoria da qualidade organizacional e às preocupações com a qualidade de vida e condições de exercício e saúde dos profissionais (Garrido 2005).

2.1 Supervisão em Enfermagem

Alarcão e Tavares (Faria 2007) definiram a supervisão como um processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação. É imprescindível que o supervisor conheça todos os elementos intervenientes no processo, compreenda o estudante nos seus diversos estádios de desenvolvimento, nas tarefas que realiza e no clima afetivo onde se desenrola o ato (Simões & Garrido 2007).

No entanto, inicialmente, em nome da eficácia e eficiência, Taylor defendia a supervisão como uma forma de controlo e de verificação da gestão de topo, como uma inspeção da aplicação das políticas emanadas pelo poder central (Alarcão,2001).

Atualmente a supervisão tem associado um sentido mais pedagógico. O supervisor é parte integrante do processo que engloba planeamento, acompanhamento, coordenação, controle e avaliação do desenvolvimento realizado. Apesar de manter o aspeto político, integra também o social. Os factos não são impostos por uma política de *top down*, mas com interação entre supervisor e aprendiz, com uma visão de globalização(Alarcão 2001).

Procedendo à reflexão da supervisão em enfermagem, primeiramente, devem identificar-se os elementos facilitadores e limitadores da integração. A integração entendida, segundo Gomes (2008) como a primeira fase do processo de socialização, em que o individuo integra os conceitos relacionais, formais e informais, das normas e valores organizacionais

Existem vários os modelos de supervisão na literatura (Simões *et al.* 2004; Garrido 2005; Rua 2011). Cada supervisor e supervisionado têm características próprias e que devem ser respeitadas. Cada um tem um ambiente em cada momento, mesmo o termo supervisor é utilizado de forma indiferenciada de “mentor”, “coordenador”, “precetor”, para se referir à mesma função desempenhada quando alguém aprende e alguém ensina em contexto de prestação de cuidados.

É função do supervisor desenvolver nos supervisionados capacidades e atitudes que visem a excelência e a qualidade dos cuidados e, para tal, o acompanhamento dos estudantes no terreno é crucial (Faria 2007). Como tal, o supervisor deve ser perito na área de enfermagem e deve possuir capacidades de análise e avaliação das atividades em contexto prático. Deve ainda possuir experiência na orientação clínica e prestar a ajuda necessária aos estudantes para que estes adquiram competências profissionais (Simões & Garrido 2007) .

Para (Simões *et al.* 2006), a supervisão gera nas pessoas sentimentos de medo, raiva, frustração, impotência e ansiedade. Contudo, estes consideram que os supervisores assumem um papel fundamental no seu crescimento pessoal e profissional, embora necessitem de formação pedagógica mais atualizada e interiorizada de forma a favorecer o processo de integração de enfermagem. Segundo estes autores, são identificados como elementos limitadores da relação integrante/supervisor, a comunicação insuficiente, o autoritarismo, a indisponibilidade, o timbre de

voz alterado, a prepotência e a pouca vontade em supervisionar. Já uma boa comunicação, a relação interpessoal e as atitudes positivas que promovam relações de confiança, são apontadas como fatores facilitadores. (Idem)

Segundo Abreu (2003), o facto do profissional de enfermagem que integra a equipa do serviço ter regime parcial, pluriemprego ou regime de contratos individuais de trabalho, não é facilitador no acompanhamento do estudante; logo também não o serão nos enfermeiros a integrar. Sendo assim, o fator de fraca motivação e o insucesso estão relacionados com a deficiente organização das unidades de cuidados, pois seria bom para o sucesso do processo de integração que os integradores tivessem um vínculo estável na instituição (Abreu 2007).

Alguns principiantes revelam que a fraca motivação e o insucesso estão relacionados com a deficiente organização das unidades de cuidados. Como aspetos negativos surgem o deficiente desempenho e planeamento da orientação, a divergência entre a teoria e a prática, a relação com os orientadores, a falta de esclarecimento de dúvidas, a falta de conhecimentos do estágio de desenvolvimento dos estudantes. Além disso, as diferenças entre a forma de orientar dos diferentes enfermeiros levam a equívocos na prestação de cuidados (Cunha *et al.* 2010).

Os diferentes métodos de trabalho na própria equipa de enfermagem, a realização de técnicas pouco fundamentadas por parte dos enfermeiros e a pouca preparação pedagógica destes, levam a um deficiente desempenho dos orientadores e a uma inconsistente formação do estudante (Idem).

No que se refere aos enfermeiros, estes consideram-se um elemento ativo e facilitador na formação do estudante, uma vez que proporcionam uma integração na dinâmica do serviço. Referem também que a sua orientação se direciona para a facilidade de resolução de problemas, de diminuição do *stress*, de desenvolvimento de autoconfiança, do pensamento crítico e de destrezas técnicas dos estudantes (Longarito 2002).

Ao enfermeiro integrado deve ser atribuída uma responsabilidade evolutiva, de acordo com as atividades de enfermagem. Além disso, deve ter um número crescente de doentes, que exijam uma maior complexidade, onde possa exercer uma metodologia de trabalho individual. Tal contribuirá para que o novo profissional se debata com situações as mais diversificadas possíveis (Abreu 2007).

As escolas de enfermagem e a Ordem dos Enfermeiros têm investido bastante na preparação dos profissionais para o mercado de trabalho, nomeadamente através da regulamentação específica das

competências dos enfermeiros, quer de cuidados gerais, quer de cuidados especializados, procurando dar respostas às necessidades em cuidados de saúde aos diferentes níveis, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde diferenciados. Desta forma, está em processo de operacionalização o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE). Pretende-se que o mercado de trabalho tenha profissionais de enfermagem formados de acordo com a realidade portuguesa, nesta diversidade de influências do meio em que ocorre o período de Prática Tutelada em Enfermagem. Os locais desta prática devem ser certificados para que esta possa ser efetuada, sendo uma forma dos serviços também promoverem a melhoria dos cuidados de saúde, contribuindo para aumentar a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde.

2.2 Novo Modelo de Desenvolvimento Profissional

Tem vindo a formação em enfermagem a ser um processo de constante reflexão, tanto a nível das escolas de enfermagem, como a nível da Ordem dos Enfermeiros tendo o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, na Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, é tornado possível o início de um caminho, que culminará na sua operacionalização, e no qual as instituições de saúde e os enfermeiros tem um papel preponderante.

Agora, na fase de implementação do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, todos os enfermeiros são convidados a refletir a forma de o fazer e decidir inclusivamente os princípios para a sua implementação.

O Modelo de Desenvolvimento Profissional integra o Sistema de Certificação de Competências. Com este novo modelo projeta-se um novo Sistema de Certificação de Competências em que existe um período Prática Tutelada em Enfermagem, para à obtenção do título de enfermeiro. (nº 2 do art.º 7º da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro).

A Prática Tutelada em Enfermagem deve surgir no quadro de um modelo de supervisão clínica, permitindo a idoneidade da formação. É do processo de Validação e Certificação de competências que depende a atribuição do título profissional.

No âmbito da Prática Tutelada em Enfermagem é importante a definição do modelo de supervisão, que vai orientar a relação entre supervisor e supervisionado, bem como os processos de formação e certificação de competências do supervisor clínico.

No contexto do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, a Ordem dos Enfermeiros relata a supervisão clínica “como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”.

Para que possa ser implementado este Modelo de Desenvolvimento Profissional, é necessária a elaboração e aprovação de regulamentação e operacionalização de todo o processo que o envolve.

A ordem ainda não criou os dispositivos de suporte a este novo Modelo de Desenvolvimento Profissional. No entanto não há dúvida que o grande objetivo é aproximar a teoria da prática a forma como tal será feito ainda não está definida.

O novo modelo de gestão associado ao novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, implica que cada enfermeiro cada vez mais, responda aos objetivos do Hospital com autonomia e independência, levando em cada situação de cuidar que o enfermeiro seja capaz de realizar o seu desempenho e resolver situações de diferentes graus de complexidade(Serrano 2008).

3 ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Segundo Bucchi (2010, p. 1004), a integração do enfermeiro *“é um processo estruturado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática orientada e feedback regular”*. Assim devemos considerar que todo o enfermeiro, quando ingressa pela primeira vez numa instituição de saúde, deve ter um programa de integração, que facilita a sua atuação inicial como profissional integrante da equipa de enfermagem (Bucchi & Mira 2010).

O processo de integração tem custos, visto que durante esse período o profissional está a ser pago e não está a ser rentabilizado. O enfermeiro supervisor é retirado das suas funções habituais para acompanhar o iniciado como enfermeiro, pelo que em termos práticos produz menos. No entanto temos de pensar na integração como um investimento no futuro.

Segundo os diversos autores mencionados (Coan 1996), os programas de integração podem tomar diversas designações: programa de orientação (Werther, 1983; Davis Silva, 1989; Seixas and Pereira (2005)), programas de orientação inicial (Leite Pereira, 1991), formação prévia (Santos, 1978), treinamento de indução (Chiavenato 1989), programa de ambientação (Aquino, 1980) e programa de integração (Chiavenato, 1989 e Bergstein, 1980).

Estes consistem num conjunto de práticas que, ao nível do senso comum significam “ajustar”, “facilitar”, “informar” e “sensibilizar” o recém-admitido à empresa de forma a facilitar o processo de integração Bergstein *in* (Coan 1996).

Este processo de adaptação às novas funções de profissional visa os seguintes objetivos: “estabelecer atitudes favoráveis ao funcionário em relação à organização, à unidade, (...)”; “fornecer as informações e a educação necessárias ao sucesso no cargo” e “instilar uma sensação de pertença e aceitação, resultando em “maior produtividade, menos violações a regras, menos atritos e maior satisfação do funcionário” (Marquis & Huston 1999), contribuindo, desta forma, para o seu desenvolvimento e consequentemente para a sua autonomia profissional.

Em consonância, Santos *in* Coan *et al.* (1996) refere que o objetivo primordial dos programas de integração é informar o trabalhador sobre diversos aspetos da vida social e funcional da instituição. A

existência de falhas nesta etapa pode comprometer o exercício de uma atividade, prejudicando o desempenho profissional (Coan 1996).

Segundo Pedroso (1996) há elementos que poderão facilitar a integração a dois níveis. A nível das escolas de saúde, onde se realiza a formação inicial de enfermagem, através da mudança de comportamentos, resolução de conflitos e assertividade. A nível das Instituições, através de um acolhimento personalizado no momento da admissão, com acompanhamento do recém-admitido, com preocupação na seleção do serviço de acordo com o perfil do recém-admitido e com preparação e acompanhamento pelos pares responsáveis pela integração. Também funciona como elemento facilitador o fomentar encontros entre os recém-formados (Pimentel 1999).

3.1 O processo de socialização profissional de enfermeiros

A socialização profissional tem vindo a ser definida no campo da psicologia organizacional, como um processo através do qual os indivíduos recém-admitidos são transformados de elementos externos em membros efetivos e plenos (Potra 1997). Trata-se de um processo de mudanças, em que o indivíduo passa de não iniciado a iniciado na profissão, apropriando os papéis necessários ao desempenho da profissão.

A socialização profissional é um processo complexo pelo qual a pessoa adquire conhecimento, habilidades e senso de identidade ocupacional que são característicos dos membros daquela profissão (Cohen 1981). Envolve a internalização de valores e normas do grupo no comportamento e auto conceito da própria pessoa.

A socialização profissional inicia-se frequentemente durante a formação escolar. Com a entrada dos jovens no mundo do trabalho, estes irão iniciar ou continuar a aprendizagem do seu papel profissional, mas no contexto específico de uma organização (Potra 1997).

Um exemplo desse processo de socialização é a entrada de enfermeiros recém-licenciados no hospital, ou seja, o seu ingresso numa determinada organização, que se designa mais especificamente por socialização organizacional.

Para Schein (2003), a socialização organizacional diz respeito ao processo pelo qual o indivíduo aprende os valores, capacidades, comportamentos esperados e conhecimento social essenciais para assumir um papel organizacional e para participar como membro da organização. Apesar de ser

frequentemente apresentado como um processo de acomodação, é fundamental considerar que os funcionários de uma organização não são meros recetores passivos mas que também podem ativamente negociar ou construir os seus papéis Graen *in* (Potra 1997).

Contudo, muitos autores consideram que a entrada dos jovens para o mundo do trabalho é, efetivamente, a fase mais problemática da socialização organizacional (Schein 2003).

Os recém-admitidos são habitualmente mais ansiosos e com frequência parecem estar nervosos e excitados. Esta ansiedade pode dever-se à sua ignorância e confusão acerca do grupo e dos seus membros, à sua preocupação em ser aceite pelos membros mais antigos ou ao *stress* devido à mudança de identidade social (Schein (2003); Van Maanen and Schein (1979)).

É-lhes também apontada passividade, pois aparentam estar menos envolvidos nas atividades grupais Dodge *et al. in* (Moreland e Levine, 1982) e o facto de serem, muitas vezes, mais conformistas do que os elementos antigos, dado serem menos inovadores, evitarem o desacordo com os elementos mais antigos e tentarem adotar a sua perspetiva sempre que possível (Moreland & Levine 1982).

Apesar de estes processos serem alvo de estudo desde há algumas décadas, facto compreensível pela importância deste fenómeno, algumas mudanças vão acontecendo, naturais, face à constante mutabilidade das dinâmicas socio-laborais.

Segundo Schmalenberg e Kramer *in* (Marquis & Huston 1999), apontam a existência de quatro fases nesta transição de aluno para profissional: a da “lua-de-mel”; a do “choque”; a da “recuperação” e a da “solução”, as quais Kramer *in* (Potra 1997) também designa por:

- **Domínio das aptidões e das rotinas:** nesta fase o recém-licenciado experiencia momentos iniciais de excitação e fascinação e mesmo um sentimento de poder ter adquirido o estatuto de enfermeiro. Além disso, dedica-se ao domínio das aptidões técnicas e ao aprender de rotinas, nas quais os enfermeiros mais antigos são vistos como altamente competentes, podendo abdicar temporária ou definitivamente de alguns valores da formação não valorizados na prática. Segundo Kramer *in* (Potra 1997), o choque poderá surgir se o novo enfermeiro se aperceber que no mundo do trabalho, as tarefas constituem, por si só, o próprio cuidar e que é a sua execução que traz recompensas, a admiração e o respeito dos outros.

- **Integração social:** esta fase, habitualmente, sobrepõe-se à primeira. A preocupação dominante diz respeito à integração junto dos colegas e na equipa de saúde. O recém-formado está atento com a imagem que apresenta aos outros. Observa quais as imagens que são valorizadas pelos doentes, famílias, chefes, etc. Se a integração social é o desenvolvimento das atividades é feito com sucesso, o recém-formado pode fixar-se nesta fase do processo de socialização. Mas, também, pode iniciar um período em que se instalam dúvidas motivadas pelas discrepâncias encontradas: o exercício da enfermagem resume-se ao domínio de simples execução, práticas? Estas e muitas outras questões poderão dar origem à fase seguinte.
- **Atentado à moral:** Esta fase é caracterizada por frustração, zanga e um grande desconforto. O recém-formado recorda os “ideais” da escola e torna-se insatisfeito. Estas são as manifestações características do choque da realidade. A reação dos outros elementos e as suas próprias estratégias de resolução do conflito poderão tornar esta fase mais ou menos longa.
- **Resolução do conflito:** É nesta fase que o recém-formado resolve o conflito, o que implica uma avaliação e escolha. Kramer *in* (Potra 1997) considera que a enfermeira pode optar pela capitulação do comportamento, mantendo os seus “velhos” valores, mas tornando o seu comportamento mais semelhante aos dos enfermeiros da organização. Os enfermeiros que optam por esta estratégia, não esquecem os “ideais” da formação, aguardando uma altura mais propícia para propostas de mudança.

Outro tipo de resolução do conflito pode passar pela capitulação dos valores, ou seja, pela adoção dos valores mais operacionalizáveis do seu local de trabalho. Mas os novos enfermeiros podem privilegiar a rejeição dos valores da escola quer do hospital e demonstrarem uma certa complacência ou pouco envolvimento no trabalho (*Idem*).

Biculturalismo é a designação adotada por Kramer *in* (Potra 1997) para descrever a estratégia que considera mais adequada para a resolução do conflito. O enfermeiro que utiliza esta estratégia sabe que não deve ser simplesmente alvo da influência dos outros, mas que também ele tem o direito e a responsabilidade de exercer a influência com os seus valores. Utilizando processos de influência subtis e informais, servindo de modelo ou defendendo abertamente o papel profissional desejado,

estes enfermeiros tentam atingir os seus objetivos de equilíbrio entre os procedimentos rotineiros e a individualização dos cuidados.

De acordo com (Benner 2005), também os enfermeiros que “entram em cada novo serviço com o estatuto de iniciadas têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem na realidade”, pelo que se torna fundamental a existência de um período de integração.

Todos os recém-admitidos após serem selecionados, trazem consigo expectativas e representações do Hospital, através da imagem que a comunidade criou da instituição, das notícias que são transmitidas e ainda do que a sociedade cria como imagem do Hospital (Gomes *et al.* 2008).

A integração inicial é constituída por diversas fases, sendo a primeira o processo de acolhimento do recém-admitido, proporcionando-lhe o conhecimento da instituição e familiarizando-o com a cultura da organização. A integração não deve ser confundida com socialização, pois desempenha apenas uma pequena parte do processo de socialização. Assim pode ocorrer de forma formal ou informal, ou seja pelo plano que foi traçado para o novo elemento ou pela relação que se estabelece no dia-a-dia entre o novo elemento e os restantes elementos da equipa (Gomes *et al.* 2008).

O enfermeiro recém-licenciado necessita que alguém planeie o seu período de integração e que lhe sejam fornecidas orientações gerais para este período.

3.2 Enfermeiro Gestor da Unidade

Na perspetiva de Carvalho (2009) os enfermeiros gestores de unidades são gestores intermédios em que o seu papel é partilhado entre funções profissionais e de gestão; ou seja, por um lado estão os cuidados e o cidadão como sua principal preocupação e por outro lado os números, gastos e ganhos com os clientes; ou seja, a parte económico-financeira. Ora, pode então dizer-se que estes enfermeiros acabam também por ser gestores, pois têm uma noção precisa das mudanças organizacionais que estão em curso (Carvalho 2009).

Assim, tendo em atenção que na atualidade a redução de custos é uma exigência das políticas de saúde do nosso país não podemos admitir novos enfermeiros sem terem um período de integração. Este período poderá, na fase inicial do processo, aumentar os custos mas o desempenho posterior do enfermeiro poderá vir a compensar este aumento.

A integração de um enfermeiro recém-licenciado, no período inicial de integração, tem bastantes custos associados (Pedroso 1996) e não podemos esquecer que na atualidade a gestão tem necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados prestados, fidelizar clientes, manter os profissionais satisfeitos, mas por outro lado reduzir os custos ao mínimo e eliminar desperdícios. Por vezes surgem no enfermeiro gestor sentimentos de frustração, culpa e insegurança decorrentes de dificuldades em conseguir conciliar o lado comercial da saúde com a qualidade dos cuidados prestados. Nos desafios colocados pela nova cultura de gestão hospitalar, ou seja responder com cuidados de qualidade, sem aumentar os gastos de recursos materiais e humanos, podem manifestar-se situações de stress quer para o enfermeiro gestor quer para o recém-licenciado (Carvalho 2009).

De acordo com Coan *et al.* (1996), os programas de integração comportam duas fases: a integração do profissional novo na organização e a integração do mesmo no setor de trabalho.

A primeira fase inclui a transmissão de informação pelos profissionais dos recursos humanos acerca da história e filosofia da empresa, da sua estrutura organizacional, das normas e regulamentos, da planta física, dos direitos e deveres dos profissionais, dos benefícios bem como da descrição e dos deveres do cargo (*Idem*).

Já na segunda fase, o enfermeiro gestor do serviço onde o novo profissional será alocado, é responsável por integrá-lo, orientá-lo sobre a instituição, apresentando-o à equipa e auxiliando-o na aquisição de conhecimentos específicos tanto sobre a sua função, como sobre a estrutura e o funcionamento do serviço (*Ibidem*).

A este respeito afirmam que os enfermeiros gestores são responsáveis pela integração do novo elemento, o que requer planeamento, liderança, organização e avaliação. Esta avaliação deve ser progressiva para que possa fazer as alterações necessárias para melhorar e personalizar o processo de integração. Os enfermeiros gestores, devem também, zelar pela implementação e manutenção de uma estrutura organizacional que facilite a integração, esta deve ser flexível, aberta e ter por base uma relação harmónica entre os residentes e os integrados (Azevedo 1996).

Por outro lado, é importante o acompanhamento do enfermeiro em integração por um enfermeiro supervisor. Este enfermeiro tem de ser experiente e competente, porque assim são “maiores as possibilidades de os novos funcionários apresentarem bom desempenho. Isso tem-se mostrado como

um elemento que contribui para o desempenho qualificado” Kramer e Schmalenberg *in* (Marquis & Huston 1999).

3.3 Enfermeiro integrador

É importante que seja definido o elemento do serviço que vai ser responsável pela integração do enfermeiro recém-admitido ao serviço. Ao longo do trabalho sempre que se fale deste ator, referir-nos-emos ao integrador, apesar de na bibliografia consultada ser tratado indiferentemente por integrador, supervisor, tutor, mentor ou ainda outros substantivos. Com esta prática cria-se um clima de maior confiança e estabilidade para o integrado, na medida em que há continuidade e uniformidade no acompanhamento. É importante que o integrador reconheça a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal. Se ao integrador for imposta a função corre-se o risco de a integração ser um fracasso, com as consequentes repercussões pessoais, profissionais e organizacionais (Garrido 2004).

De acordo com (Abreu 2007) os integradores que sabem como gerir o tempo, organizar o trabalho, valorizar a relação com o utente, que possuem uma boa relação de proximidade, que são bons profissionais, seguros das suas capacidades/competências, que mantêm o entusiasmo, que são amigos, com sentido de humor, que são atenciosos, pacientes e compreensíveis são vistos pelos recém-admitidos como um modelo profissional. Neste sentido, os integradores devem adotar atitudes corretas e comportamentos saudáveis num objetivo primário de uma eficaz relação e integração dos princípios, uma vez que estes são o exemplo a seguir pelos aprendizes (Simões *et al.* 2006).

Bergstein and Boog (1980) acreditam que a integração do novo elemento por um colega de trabalho facilita ao novato os seus contactos humanos no grupo e a execução de tarefas específicas. Porém, é necessário ter em mente o número de novos funcionários a serem integrados e a disponibilidade de tempo, pessoal, instalação e de outros recursos.

Já Chiavenato (2005) refere a necessidade de as empresas promoverem a socialização dos novos funcionários, e sugere que uma das formas de o concretizar é com programas de integração.

Werther and Davis (1983) apontam os benefícios decorrentes de programas de integração profissional, estes reportam a diminuição da sensação de isolamento, a diminuição da apreensão e da

ansiedade que tornam os indivíduos menos aptos a aprender, a aquisição de mais segurança e a menor necessidade de atenção por parte dos colegas e supervisores, bem como a diminuição de críticas e de repreensões dos integradores, que faz com que os trabalhadores se tornem mais rapidamente parte da organização e menos inclinados a se demitirem.

Relativamente ao que pensa Chiavenato (1989), este aponta que os programas de integração, reduzem o período de adaptação ao trabalho, fornecem ao elemento integrador a oportunidade de orientar o novo funcionário corretamente, antes que o outro o faça da forma errada; diminuem a necessidade de ações corretivas e penalidades devido ao desconhecimento dos regulamentos da empresa; fornecem subsídios para o empregado vencer o medo do desconhecido que dificulta o alcance da produção ideal e diminuem o número de demissões.

A este respeito, Ferreira (1994),p.154) com base nos resultados obtidos no seu estudo sobre “Processos de Integração em Enfermagem” afirma que no grupo de “enfermeiros formalmente integrados o sentido de cooperação é a atitude mais vezes indicada, logo seguida de sentimentos de segurança e aceitação. No grupo de enfermeiros, não formalmente integrados, surgem atitudes de insegurança em primeiro lugar, desmotivação e conflituosidade.”

Como forma de colmatar essas dificuldades, surge a supervisão clínica em enfermagem, que (Garrido 2004) apresenta como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

Trata-se de um processo baseado no relacionamento pessoal e profissional, entre um enfermeiro que exerce práticas clínicas de enfermagem e um supervisor clínico. Assim, consiste num processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolverem competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional, permitindo-lhes uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e o desenvolvimento de conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas (*Idem*).

Os objetivos fundamentais desta prática contemplam a formação e o desenvolvimento de competências profissionais e a melhoria da qualidade de cuidados prestados aos cidadãos.

Como refere Kohner *in* (Garrido 2005), esta prática pode trazer benefícios importantes para as organizações atuais e aos serviços:

- Deve ser encarada como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e pode aumentar a necessidade de estabelecer padrões e auditorias clínicas;
- Pode melhorar desempenho de pessoal pelo desenvolvimento de responsabilidade individual;
- Tem de ser vista como um investimento de pessoal desde que reconheça e afirme o valor dos enfermeiros e da enfermagem;
- Possibilita um desenvolvimento profissional que encoraja crescimento profissional por aprendizagem experiencial.

De acordo com Garrido (Garrido 2004), são conhecidos diversos modelos de supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente os de Proctor (1986, 2001), Hawkins e Shoet (1989), Page e Wosket (1994), Butterworth e Faugier (1994).

Para Hagler (1991) *in* Garrido (2004) , o supervisor promove a mudança positiva, educa, monitoriza, recomenda, desafia, sustenta e pesquisa, sendo essencial que na sua relação supervisiva seja empático, positivo e paciente, entre outros aspetos igualmente importantes.

De facto, a experiência só por si, não gera conhecimento (Hesbeen & Martins 2001). É essencial que essas experiências sejam refletidas, discutidas e concetualizadas, e é aqui que o supervisor clínico tem uma das suas funções essenciais a desempenhar.

A função do supervisor clínico em enfermagem é ajudar a controlar as dificuldades que certamente este processo de acompanhamento comporta e possibilitar o desenvolvimento de competências, para haver cada vez mais qualidade no cuidar. O seu papel é de extrema importância para a promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo que a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisivo são fatores determinantes do sucesso da supervisão (Garrido 2004).

Assim podemos concluir que uma das funções do enfermeiro integrador é ajudar a superar as dificuldades que o processo de integração tem associado e possibilitar que o recém-admitido desenvolva as suas competências aumentando a qualidade dos cuidados (idem).

Parte II

1 METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos a estratégia metodológica utilizada para esta investigação, de acordo com a questão formulada e com os estudos consultados sobre a integração de novos profissionais de enfermagem.

O presente estudo pretende, tal como referido ao longo do mesmo, averiguar o modo como os enfermeiros envolvidos no processo, em diferentes contextos, encontram fatores facilitadores ou limitadores da integração. Para tal foi realizado um estudo de caso, sobre a realidade do Centro Hospitalar Baixo Vouga - Unidade de Aveiro.

Os métodos utilizados na literatura para estudos nesta área centram-se essencialmente numa abordagem qualitativa com recorrência à entrevista. A entrevista segundo Ramanelli (1998) é sempre uma troca de informação entre o entrevistador e o entrevistado. Enquanto o primeiro oferece ao entrevistado a possibilidade de refletir sobre si mesmo ou sobre o seu comportamento, o segundo oferece os dados necessários ao estudo do entrevistador.

Segundo Creswell (2007) o processo da entrevista pode ser definido em oito passos principais: inicia-se com a identificação dos entrevistados; de seguida é importante determinar qual o tipo de entrevista possível e que forneça ao investigador a melhor informação para poder responder às perguntas de investigação; deve ser escolhido o equipamento adequado para a registo dos dados; ser elaborado e usado um protocolo de entrevista; depois deve ser efetuado um teste piloto para melhorar as perguntas e os procedimentos; definir o local da entrevista; posteriormente obter o consentimento do entrevistado para participar no estudo; e por fim ter em consideração que durante a entrevista se deve fazer um esforço para não se desviar do guião inicial e não efetuar comentários que possam influenciar as respostas.

Existem porém diversos tipos de entrevista, contudo a que nos pareceu mais apropriada para o nosso estudo foi a entrevista semi estruturada. Neste tipo de entrevistas a formulação exata das perguntas é definida antecipadamente e todos os entrevistados respondem às mesmas questões. As principais vantagens destas entrevistas são a possibilidade de permitir a comparabilidade das respostas; os dados obtidos em relação aos tópicos da entrevista são completos; limita os enviesamentos

relacionados com o entrevistador quando são feitas várias entrevistas diferentes; e permite obter uma análise compreensiva dos dados. Contudo há que considerar que a uniformização da formulação das perguntas pode constranger e limitar a naturalidade e relevância das respostas.

Neste estudo os dados utilizados foram obtidos através de entrevistas aos três grupos de enfermeiros com posições institucionais diferentes: aos enfermeiros gestores, enfermeiros integradores e enfermeiros integrados das diferentes áreas hospitalares (médica, cirúrgica e urgência). A escolha destes atores relaciona-se com os objetivos da investigação, nomeadamente compreender:

- A perceção dos enfermeiros gestores sobre a integração de novos profissionais de enfermagem;
- A perceção dos enfermeiros integradores sobre o processo de integração de enfermeiros;
- A perceção dos enfermeiros em processo de integração sobre o mesmo;
- Os fatores facilitadores e limitadores, do processo de integração, para os diferentes atores envolvidos no processo.

Passamos seguidamente a descrever o tipo de estudo, a definir e caracterizar a nossa amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos usados e, por fim, algumas considerações éticas e legais.

1.1 Tipo de Estudo

Na persecução dos objetivos definidos entendemos que um paradigma de investigação qualitativo seria o mais adequado para responder às questões de investigação colocadas. Ao tratar-se de uma investigação com base nas perceções e interação no contexto de trabalho de enfermagem, pareceu-nos mais indicado optar pela análise do conteúdo relevante, sendo este, segundo Coutinho (2005), o método mais indicado para tratar e analisar os depoimentos colhidos que, em regra, apresentam um grau de complexidade e profundidade elevado.

Este método qualitativo, permite-nos compreender os elementos facilitadores e limitadores do processo de integração dos profissionais, através das opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento. Considerando que a melhor forma de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o processo, consiste em solicitar a que cada um relate a sua experiência de integração, como planeou a integração pela qual foi responsável, ou ainda, para os gestores como procederam à gestão do

processo de integração. O conceito de integração entendido na perspectiva de cada um dos atores intervenientes, apresentou-se-nos assim, como a melhor forma de avaliar o processo (Guerra 2006) (Coutinho 2005).

Considerando objetivos propostos, procedeu-se à seleção e caracterização da amostra envolvida no estudo.

1.2 Amostra

Assumimos neste estudo a estratégia de estudo de caso, tal como pressuposto por Moraes (1999), aplicamos a uma amostra de enfermeiros que realizaram a sua integração há menos de 4 anos nos serviços da área médica, cirúrgica e urgência da Unidade de Aveiro do CHBV; enfermeiros responsáveis pela integração; e enfermeiros gestores das mesmas áreas em que se localizavam os integrados. A análise foi realizada de forma a analisar o discurso dos gestores, integradores e integrados do mesmo serviço.

A amostra sendo de conveniência foi constituída por um total de 26 enfermeiros, dos quais 12 eram enfermeiros integrados, 7 enfermeiros integradores e 7 enfermeiros gestores. Estes atores foram selecionados em diferentes serviços escolhidos Com base nas semelhanças e diferenças entre as várias áreas que caracterizam uma instituição hospitalar: área médica, cirúrgica e urgência, com o objetivo de tornar o estudo mais abrangente e representativo dos vários espaços do contexto hospitalar.

A área médica abrange os serviços onde os doentes são sujeitos a tratamento médico, ou seja segundo o dicionário de termos médicos. (Costa 2005) p.1195); “tratamento efetuado quase que exclusivamente através de fármacos”. A área cirúrgica engloba os serviços de internamento em que os doentes são sujeitos a tratamento cirúrgico, que é definido por Costa (2005 p.1195) por “tratamento especialmente realizado por métodos cirúrgicos”. O serviço de urgência é, por sua vez, definido pelo autor como um serviço onde são prestados cuidados com caráter urgente e de emergência (as nossas entrevistas foram realizadas a enfermeiros da urgência geral e da urgência pediátrica).

1.2.1 Caraterização dos Integrados

Os 12 enfermeiros entrevistados do grupo de integrados, todos tinham a licenciatura em enfermagem, possuíam idades compreendidas entre os 24 e os 30 anos (média=27anos), tendo concluído a licenciatura entre 2003 e 2008. O tempo de exercício profissional oscilava, neste grupo, entre os 2 anos e os 9 anos (média = 5 anos), sendo que o tempo de exercício no atual serviço variou entre 1 e 3 anos (média = 2 anos). Considerando a divisão pré-definida por áreas, foram entrevistados 4 enfermeiros da área médica, 4 da área cirúrgica e 4 do serviço de urgência, todos possuindo, no presente, contrato individual de trabalho sem termo.

Tabela 1 - Caraterização sócio demográfica dos integrados

<i>Tipo de entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Ano de Conclusão licenciatura</i>	<i>Tempo de exercício profissional</i>	<i>Tempo de exercício no serviço</i>	<i>Serviço de Integração</i>	<i>Vinculo Profissional</i>
Integrado 1	27	2007	5	3	Cirurgia	CITS/termo
Integrado 2	30	2003	9	3	Medicina	CITS/termo
Integrado 3	28	2006	6	3	Medicina	CITS/termo
Integrado 4	26	2008	3	2	Urgência	CITS/termo
Integrado 5	25	2008	2	2	Medicina	CITS/termo
Integrado 6	28	2006	5	2	Urgência	CITS/termo
Integrado 7	25	2008	3	1	Cirurgia	CITS/ termo
Integrado 8	26	2008	2	1	Medicina	CITS/termo
Integrado 9	29	2004	7	2	Urgência	CITS/termo
Integrado 10	28	2006	5	3	Cirurgia	CITS/termo
Integrado 11	24	2005	4	3	Urgência	CITS/termo
Integrado 12	28	2005	7	1	Cirurgia	CITS/termo

1.2.2 Caraterização dos Integradores

Foram entrevistados 7 enfermeiros responsáveis pela integração de novos profissionais nos serviços das diferentes áreas selecionadas, dos quais 2 têm uma especialização na área de enfermagem e 5

têm apenas o grau de enfermeiro. As suas idades variavam entre os 27 e os 57 anos (média=42anos), sendo que o tempo de serviço variava entre 35 anos e os 5 anos (média = 20 anos). Relativamente ao tempo como integradores 12 anos foi o tempo mais longo registado nesta função e o mínimo 1 ano como responsável neste cargo. Só um dos integradores já tinha exercido essa função noutra serviço. Dos integradores incluídos na amostra, 5 têm um contrato de trabalho em funções públicas e 2 têm contrato individual de trabalho sem termo.

Tabela 2- Caracterização sócio demográfica dos integradores

<i>Tipo de entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de exercício no serviço</i>	<i>Categoria Profissional</i>	<i>Habilitações Académicas</i>	<i>Habilitações profissionais</i>	<i>Tempo de Integrador no atual serviço</i>	<i>Tempo de Integrador noutra serviço</i>	<i>Vínculo Profissional</i>
Integrador 1	47	35	Enfº Graduado	Licenciatura	lic. Enfermag	12	0	CTFP
Integrador 2	44	16	Enfermeiro	Licenciatura	lic. Enfermag	9	0	CTFP
Integrador 3	50	28	Enfº Especialista	Licenciatura	Esp. Saúde Mental e Psiq.	12	0	CTFP
Integrador 4	32	11	Enfermeiro	Licenciatura	lic. Enfermag	3	3	CITSem termo
Integrador 5	27	5	Enfermeiro	Licenciatura	lic. Enfermag	1	0	CITSem termo
Integrador 6	47	24	Enfº Graduado	Licenciatura	lic. Enfermag	6	0	CTFP
Integrador 7	45	20	Enfº Especialista	Licenciatura	Esp. Médico-cirúrgica	10	2	CTFP

1.2.3 Caraterização dos Gestores

Dos enfermeiros gestores das diferentes unidades, 2 exerciam funções na área de urgência, 3 na área médica e 2 na área cirúrgica. No que respeita à idade, esta variava entre os 48 e os 56 anos (média = 52 anos), com um tempo de serviço entre os 26 e os 33 anos (média = 29 anos). Todos detinham a categoria de enfermeiro Chefe, e todos eram detentores de uma especialização em áreas diversificadas. Como gestores da unidade o tempo de serviço variava entre os 15 e os 4 anos (média= 9 anos), sendo que apenas 2 tinham experiências anteriores. Todos os enfermeiros gestores tinham um vínculo profissional de contrato de trabalho em funções públicas (CTFP).

Tabela 3 - Caracterização sócio demográfica dos gestores

<i>Tipo de entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de serviço</i>	<i>Categoria Profissional</i>	<i>Habilitações Académicas</i>	<i>Habilitações profissionais</i>	<i>Tempo no atual serviço</i>	<i>Tempo noutra serviço</i>	<i>Vínculo Profissional</i>
Gestor1	55	33	Enfº Chefe	Licenciatura	Esp. de Reabilitação	15	5	CTFP
Gestor2	48	26	Enfº Chefe	Licenciatura	Esp. Saúde Mental e Psiq.	4	0	CTFP
Gestor3	49	26	Enfº Chefe	Mestrado	Esp. Saúde na Comunidade	4	0	CTFP
Gestor4	54	31	Enfº Chefe	Mestrado	Esp. de Reabilitação	14	5	CTFP
Gestor5	54	30	Enfº Chefe	Mestrado	Esp. de Médico-Cirúrgica	8	6	CTFP
Gestor6	56	29	Enfº Chefe	Licenciatura	Esp. De Médico-Cirúrgica	13	0	CTFP
Gestor7	50	29	Enfº Chefe	Licenciatura	Esp. Médico-Cirúrgica	4	3	CTFP

1.3 Instrumento de Recolha de Dados e Procedimentos

Como referimos anteriormente os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, e de acordo com um guião pré-elaborado. As entrevistas semiestruturadas permitiram que os diferentes entrevistados respondessem às mesmas questões base, podendo exprimir-se livremente sobre a temática em questão.

Este tipo de entrevista permitiu não só aos entrevistados que exprimissem as suas ideias, mas também que o entrevistador, tendo um guião para seguir, colocasse as questões mais pertinentes, não se afastando do objetivo do estudo. Este método apresenta uma quantidade de informação colhida muito vasta e até mesmo informação não esperada, que se não for tratado devidamente se torna uma desvantagem inerente ao método (Bardin 1977). A entrevista permite o confronto entre o transmitido pelo entrevistado com o percecionado pelo entrevistador (Moraes 1999).

No entanto não podemos esquecer que na investigação qualitativa e quando utilizamos a entrevista semiestruturada se levanta a questão, de não podermos definir com exatidão os dados, uma vez que

decorre de perguntas abertas e podem surgir novos assuntos no decorrer da entrevista, para o qual quer o entrevistado quer entrevistador podem não estar preparados.

Os requisitos éticos e legais foram cumpridos, e como para tal foi solicitada autorização ao presidente do Conselho de Administração do CHBV. (Anexo I), e à respetiva comissão de ética.

Na área da saúde são uma constante as situações que exigem tomadas de decisão éticas e legais (Streubert; & Carpenter 2002). Atentos a esta problemática, o projeto foi submetido à comissão de ética do CHBV, tendo sido realizada uma reunião de análise e de clarificação de alguns aspetos, na qual foram expostos os objetivos e respondidas objetivamente às questões colocadas pelos diferentes elementos que desta comissão, tendo como resposta final a aprovação para realização do projeto.

O consentimento informado é uma das formas de minimizar os dilemas ético-legais. Assim, como parecer da Comissão de ética do CHBV (ANEXO II) foi favorável à realização das entrevistas, com base no facto deste estudo não interferir com os direitos humanos dos enfermeiros, procedemos ao consentimento livre e esclarecido dos intervenientes. No momento de consentir a participação no estudo, após leitura do mesmo, onde foram definidos os objetivos do estudo, foi proposta e recolhida autorização para a gravação da entrevista. De referir que nenhum dos entrevistados se negou a fazer a entrevista gravada.

Ainda é importante referir que antes de iniciar a entrevista (guião em ANEXO III) propriamente dita, solicitamos o consentimento do entrevistado, para a gravação, utilizamos um mini gravador como equipamento para que fosse feito o registo dos seus discursos e tornar mais fácil e fiável a transcrição à *posteriori*. As entrevistas tiveram em média duração de 25 minutos. De salientar que dos 26 entrevistados, todos consentiram a gravação, embora inicialmente observássemos que era um fator intimidador, com a continuidade da entrevista descontraíam, quase esquecendo que estavam a ser gravadas.

Assim nas nossas entrevistas cumprimos com o consentimento livre esclarecido e confidencialidade dos dados, pelo que guardamos todos os consentimentos, colocando em anexo um exemplar do mesmo (ANEXO IV).

Na aplicação prática da entrevista fomos variando a ordem das questões, o que nos permitiu bastante flexibilidade na exploração das questões. As entrevistas foram realizadas individualmente, pela

investigadora, agendadas de acordo com a disponibilidade do entrevistado, no próprio ambiente de trabalho do entrevistado fora do horário de trabalho, num espaço reservado e com privacidade, orientadas para a informação, através de uma escuta atenta e ativa (Barroso 2011).

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para texto, por recorte, agregação e enumeração com o programa estatístico ATLAS TI 6, para percebermos as características do texto. Este programa permitiu apoiar a escrita dos resultados da análise do conteúdo.

2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a transcrição das entrevistas realizaram-se várias leituras do conteúdo do discurso dos atores (gestores, integradores e integrados), procurando-se categorizar todos os excertos relevantes para o fenómeno em estudo – integração de enfermeiros - começando-se por selecionar as unidades de registo e agrupando-as em indicadores, que por sua vez foram integrados em subcategorias e estas em categorias. Este não foi um processo linear, nem fácil, tendo sido sujeito a várias reestruturações ao longo da análise e categorização.

Optou-se por apresentar separadamente os resultados da análise de conteúdo dos três grupos de entrevistados, embora as categorias sejam semelhantes e apresentadas na mesma sequência (Iniciação, desenvolvimento e avaliação do processo de integração). Começa-se assim pela apresentação dos resultados da análise das percepções dos enfermeiros gestores, seguindo-se a dos integradores e, por fim, a dos integrados.

A seguinte representação esquemática (Figura 1) apresenta uma visão geral do fenómeno em estudo, integrando as três categorias (iniciação, desenvolvimento e conclusão) de forma sequencial e relacionada, numa linha temporal. Cada categoria inclui as subcategorias e indicadores respetivos. Para diferenciar os indicadores que não são comuns aos três grupos de elementos, optou-se por colocar à frente desses um visto (✓), quando está presente.

Na Tabela 1 representamos de forma esquemática do Processo de Integração de Enfermeiros em meio hospitalar na perspetiva de Gestores, Integradores e Integrados

Tabela 1 - Processo de Integração de Enfermeiros em meio hospitalar na perspectiva de Gestor, Integrador e Integrado

INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM MEIO HOSPITALAR	Categoria	Subcategoria	Indicador	GESTOR	INTEGRADOR	INTEGRADO
	INICIAÇÃO	Requisitos e Apresentações	(Não) Seleção do novo elemento	✓		
			Conhecer o integrado e avaliar a sua motivação	✓	✓	
			Conhecer a Instituição, serviço e equipa	✓	✓	✓
		Gestão de emoções	Stress, Insegurança do integrado	✓		✓
		Planificação da Integração	(In) existência de Manual de acolhimento e Procedimentos	✓	✓	✓
			Gestão do tempo de integração	✓	✓	✓
	DESENVOLVIMENTO	Fatores/Estratégias determinantes	Integração faseada	✓		✓
			Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia	✓	✓	
			Perfil do enfermeiro Integrador	✓	✓	✓
			Autoformação do integrado	✓	✓	✓
			Formação específica em Supervisão do Integrador		✓	
			Apoio do Gestor			✓
			Apoio da Equipa		✓	✓
	AVALIAÇÃO	Forma de Avaliação e implicações na Integração	Avaliações frequentes e informais	✓		✓
			Inovação Introduzida pelo Integrado	✓	✓	✓
		Gestão de emoções	Reconhecimento e Satisfação		✓	

2.1 Perspetiva do Gestor

Como referido atrás, a análise das perceções de cada elemento que integra este processo é dividida em três categorias principais que correspondem, também, às diferentes fases do processo de integração, a saber: Iniciação ao processo de integração; Desenvolvimento do Processo de integração; e Avaliação do processo de Integração.

2.1.1 Iniciação ao Processo de Integração

A iniciação ao processo de integração é a primeira etapa do processo de integração e corresponde à fase inicial do processo, em que o novo elemento é acolhido na instituição, é-lhe apresentada a mesma, assim como o serviço para onde irá exercer novas funções e a equipa

Do confronto entre o quadro teórico e os dados recolhidos foi possível identificar nesta primeira categoria – iniciação ao processo de integração – a existência de três subcategorias: a) Requisitos e Apresentações; b) Gestão de emoções; c) Planificação da Integração.

a) Requisitos e Apresentações

Nesta subcategoria foram integrados os discursos dos gestores que referiam a sua perceção relativamente à participação na seleção do novo elemento, salientando-se não só, os aspetos individuais, mas também os organizacionais.

Consideramos como indicadores: (Não) Seleção do novo elemento; Conhecer o integrado e Avaliar a sua motivação; Apresentação da instituição, serviço e equipa.

(Não) seleção do novo elemento

O processo de socialização tem início com a informação recebida pelo enfermeiro chefe através do enfermeiro diretor ou enfermeiro adjunto, de que o seu serviço irá acolher um novo enfermeiro, sendo variável o tempo de antecedência referente a esta informação:

GESTOR 6: (...) *de um modo geral, o enfermeiro diretor costuma dizer com alguma antecedência, dois, três dias, uma semana, ou às vezes até mais que virá. Por exemplo na substituição de férias sabemos com alguma antecedência ou para substituição de baixa prolongada.*

No entanto, esta atribuição de um novo elemento não tem habitualmente em consideração a opinião do enfermeiro chefe, sendo que alguns destes gestores são da opinião de que deveriam ter um papel

decisivo na seleção do novo elemento a integrar no serviço que gerem, entendendo que não precisariam de muito tempo para isso, já que muitas vezes com uma rápida conversa/entrevista entendem ser possível avaliar as principais características dos enfermeiros a integrar:

GESTOR 3: *os chefes, para bem dos futuros profissionais que vêm trabalhar, deveriam dar a sua opinião e fazer a sua orientação (...) era muito importante termos uma palavra a dar, já não digo nas contratações, mas pelo menos nas colocações das pessoas. (...) Dá perfeitamente para percebermos se estamos perante uma pessoa que nós achamos que seria o ideal para o serviço. Podíamos enganar mas provavelmente com menos enganos que acontecem uma distribuição administrativa dos novos profissionais*

GESTOR 4: *como responsáveis pelas unidades, nós é que deveríamos ter a responsabilidade de fazer a seleção dos novos enfermeiros (....) eu fazia a seleção avaliando o potencial de desenvolvimento.*

No entanto foi possível verificar em alguns discursos que alguns enfermeiros chefes procuram antecipadamente reforçar junto do(a) enfermeiro(a) diretor(a) o tipo de características que pretendem que quem vá para o seu serviço possua, nomeadamente competências em termos de responsabilidade profissional, ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional:

GESTOR 1: *Habitualmente tento falar antecipadamente com o enfermeiro diretor, no sentido de que as pessoas que venham para o serviço ... sejam já pessoas que estejam altamente motivadas para vir, ou que tenham de alguma maneira já algum conhecimento nesta área ou que sejam pessoas com facilidade em aprender*

Conhecer o integrado e avaliar a sua motivação

Alguns gestores referem ainda a pertinência em terem conhecimento prévio do percurso profissional (*curriculum vitae*) dos novos elementos, o que permitiria que conseguissem planear melhor todo o processo de integração. Este facto parece ser importante mais para adequar a integração do novo elemento quando este já está no serviço, (nomeadamente nos serviços com várias valências), do que para escolher o melhor de entre os admitidos no hospital para o seu serviço:

GESTOR 2: *(...) Quando ele vem de outro serviço que também já aconteceu, aí sim muitas vezes somos informados do seu percurso (...) tentamos saber o tipo de pessoa que vem (...) e em função disso tentamos passar as diretrizes para aquilo que pretendemos para aquele profissional. Quais são as áreas em que queremos investir mais e menos.*

GESTOR 7: *Esse currículo não vem formalizado em papel, em cd, em suporte informático, seja o que for, não nos chega naturalmente esse documento não nos chega (...) Mas eu acho que era importante termos esse currículo formalizado, acho que era importante mesmo depois para o acompanhamento no futuro.*

Não existindo o acesso ao curriculum vitae do enfermeiro, os gestores procuram conhecer de imediato as características pessoais, profissionais e até físicas do novo elemento, logo no primeiro dia de integração. Este processo assume desenvolvimento diferente consoante o novo elemento seja recém-formado sem experiência profissional, ou venha de outra instituição ou de outro serviço da mesma instituição. Ou seja, se já tem ou não experiência profissional e se já conhece ou não o hospital:

GESTOR 3: *No primeiro dia, na primeira entrevista que se faz ao profissional é que tento fazer uma abordagem dos conhecimentos, das práticas, da formação que têm, (...)*

GESTOR 6: *se vem diretamente da escola, se teve outras experiências noutras instituições hospitalares, ou até dentro do próprio hospital e portanto aí desenvolvemos o programa...*

Uma das características mais procuradas parece ser, sem dúvida a motivação, (tal como se viu atrás, sendo a característica referida previamente ao enfermeiro diretor) para trabalhar naquele serviço ou mesmo para ser enfermeiro:

GESTOR 1: *tento verificar se ela está realmente motivado para trabalhar neste serviço (...)*

GESTOR 4: *Verificamos porém muitas vezes que a formação não foi efetuada por gosto, mas sim para aproveitar uma oportunidade fruto de uma oferta existente (...)*

O facto de alguns enfermeiros integrados terem previamente estagiado no serviço ou terem trabalhado na mesma instituição são considerados por estes entrevistados como aspetos positivos para que se possa desenvolver uma integração mais fácil:

GESTOR 5: *o facto de ter estado no ensino clínico pode ser facilitador em termos de estrutura física, de conhecimento interpessoal,*

GESTOR 6: *Quando é um elemento que já vem da nossa instituição é facilitador porque nós conhecemos*

No discurso dos gestores são referidos alguns dos fatores que poderão facilitar o processo de integração, na fase inicial do processo, quando presentes, ou limitar se estiverem ausentes.

Conhecer a instituição, serviço e equipa

Uma parte importante dos discursos referia-se ao próprio processo de integração e, de forma particular ao primeiro contacto com a instituição, serviço e equipas. A integração de novos enfermeiros nesta unidade hospitalar começa habitualmente pela receção por parte do enfermeiro diretor. Alguns gestores referem que a integração ao hospital na sua globalidade se realiza nesta fase, embora esta apresentação global da instituição muitas vezes não seja uma visita real, realizando-se apenas teoricamente. Isto é, só depois de ser alocado a cada serviço é que o enfermeiro chefe ou alguém por ele designado (integrador) realizará essa apresentação/visita guiada aos serviços de apoio no hospital, dando-os a conhecer ao integrado.

GESTOR 2: *começo por apresentar a nível da estrutura física dessa instituição. Onde é que fica a secretaria, onde fica a medicina do trabalho, onde ficam os bares, onde ficam digamos os outros serviços com os quais nós temos relacionamento.*

GESTOR 3: *Normalmente eram orientados diretamente para o nosso serviço, podiam ter alguma conversa com a direção de enfermagem, nomeadamente a enfermeira diretora que lhe dava uma perspetiva do hospital (...) depois era entregue e nós aqui é que fazíamos a integração no próprio serviço*

GESTOR 4: *em alguns casos nós é que vamos buscar os enfermeiros “lá abaixo”, e eles nem fazem a integração plena do hospital (...) eles são recebidos no salão nobre onde lhes é explicado tudo do hospital em termos de funções e serviços existentes (...)*

Depois desta apresentação da estrutura hospitalar é que se realiza habitualmente a apresentação à equipa, ainda que este conhecimento mais profundo se venha a realizar posteriormente, com o tempo. Em alguns casos é referida a realização de jantares de convívio (despedida e/ou receção de novos elementos) que servem o propósito de facilitar esta apresentação à equipa num ambiente mais descontraído e facilitador do envolvimento desejado, não só profissional mas também pessoal.

GESTOR 7: *depois há uma tentativa de, às vezes mais ou menos bem conseguida, de apresentação do hospital, eu costumo falar um bocadinho da instituição no geral (...) Começamos por aí e é feita uma apresentação teórica do serviço também nessa entrevista, depois há a apresentação física do serviço.*

GESTOR 2: *(...) entregamos as pessoas aos colegas mais experientes eles começam por fazer uma apresentação do próprio serviço, apresentação de todos os profissionais que trabalham no nosso serviço (...) aos diretores de serviço, que é sempre importante eles saberem da existência destes profissionais para poderem colaborar*

GESTOR 5: *apresentação em primeiro lugar da equipa multidisciplinar, estrutura física do serviço ... pode haver contacto mais informal de conhecimento de algumas rotinas e há depois uma reunião de enfermagem*

GESTOR 4: *quando fazemos um jantar de despedida ou de regresso, o elemento é como que apresentado à restante equipa. (...) temos criado oportunidades para conviver um bocadinho para além do hospital, o que aproxima mais as pessoas, em que se solidificam as amizades conhecendo-se outras vertentes das pessoas.*

b) Gestão de emoções

A gestão das emoções refere-se à percepção que os gestores possuem do modo como os integrados gerem as suas emoções na fase inicial do processo de integração.

Stress e Insegurança do integrado

Como parte integrante e fundamental do processo de integração, o enfermeiro gestor vai-se apercebendo de alguns sentimentos menos positivos por parte do integrado. É sobretudo nos dias iniciais que os gestores relatam ser evidente o *stress* e ansiedade do integrado, ou porque têm pouca experiência profissional, ou porque não têm expectativas sobre o serviço. Porque algumas vezes os novos enfermeiros integram equipas em que existe um défice acentuado de horas de cuidados, o que se traduz numa elevada carga de trabalho para os enfermeiros da equipa, este é também um aspeto negativo referido pelos integrados, de acordo com a perspetiva do gestor:

GESTOR 1: *Todos eles nos relatórios críticos de atividades acabam por referir que esse primeiro período é sempre um período de stress*

GESTOR 2: *há pessoas que nos chegam muito ansiosas (...) vêm assustadas, não sabem para aquilo que vêm*

GESTOR 6: *Sentem medo, sentem insegurança, vêm muito ansiosos (...)*

GESTOR 4: *O maior sentimento negativo é sempre da carga excessiva de trabalho*

GESTOR 6: *os sentimentos poderão ser de alguma desmotivação, muitas vezes porque não foi pedida a mudança ou transferência para este serviço, foi por alguma a nível institucional, alguma organização institucional e poderão não vir muito recetivos*

É referido pelos gestores que existem emoções vivenciadas pelos integrados que interferem como fator limitador do processo de integração.

c) Planificação da Integração

(In)Existência de manual de acolhimento

Relativamente ao processo de início da integração no serviço ou na própria unidade hospitalar, verifica-se que não existe um manual único ou geral, sendo que apenas alguns gestores referiram existir um manual de procedimentos técnicos e de organização do serviço, em alguns casos também da orgânica do serviço e do hospital:

GESTOR 3: *Temos na realidade um manual de acolhimento e ele também se guia um pouco esse manual*

GESTOR 7: *Temos o manual de acolhimento do serviço (...) faz a apresentação por escrito do serviço e da orgânica funcional do serviço e das equipas que compõem o serviço e da forma como esse serviço se interliga com os restantes, com o restante hospital. Esse é um documento obrigatório que eu dou às pessoas para o lerem.*

Constata-se contudo que noutros serviços ainda não existe este manual sistematizado, estando em desenvolvimento ou desatualizado. Alguns gestores também referem a necessidade de um plano/manual hospitalar:

GESTOR 2: *penso eu que deveria existir a nível do serviço um guia de acolhimento do profissional, onde ele pudesse ter acesso aos procedimentos, à rotina, horário tipo, e tudo isso que o pudesse integrar logo no serviço.*

GESTOR 4: *Tenho conhecimento que existe um plano de integração ao hospital que é executado na fase de contratação, mas penso que não está muito operacionalizado*

GESTOR 7: *(...) Vou fazendo, procuro fazer, se calhar algumas coisas me falharão porque não está nada organizado, mas procuro cumprir isso.*

Alguns gestores referem no entanto que têm ao dispor dos integrados, nos seus serviços, de manuais onde estão descritas normas, protocolos, procedimentos, de forma a facilitarem a integração dos integrados. Algumas vezes podem inclusive levá-los para casa para que possam consolidar todos esses aspetos relativos à orgânica funcional do serviço com mais calma e tempo.

GESTOR 1: *nós temos um manual de procedimentos para [o serviço]. Está tudo escrito em termos de equipamentos, materiais e procedimentos ... Podem consultar também normas em relação ao funcionamento de equipamentos.*

GESTOR 4: *Tenho um dossier desses e que lhes passo para os motivar a ler depois com calma, e levar até alguns documentos para casa. (...) Tudo o que seja protocolos do serviço, médicos, não médicos, incentivo a lerem (...) direitos, deveres, funções do enfermeiro ... as normas e critérios de avaliação. Tudo isso é lido e dadas cópias.*

GESTOR 6: *já temos o manual de procedimentos, o manual de acolhimento, temos todos os dossiês, mesmo dos assistentes operacionais (...) Sou eu que faço a*

apresentação (...) do manual de integração das assistentes operacionais, muitas vezes ofereço sempre para levarem para casa para lerem

Gestão do tempo de integração

É fundamental planejar ou estimar desde o início do processo de integração um tempo que se julgará necessário e essencial para que o novo elemento se sinta integrado, até porque este não está estipulado pela direção de enfermagem. Ainda que o perfil de cada profissional seja singular e não possa ser definido um tempo rígido talvez devesse existir a definição de um período padrão. Na realidade, em alguns casos, esse tempo é variável conforme o tempo propriamente dito, real, que o enfermeiro gestor tem para o fazer, assim como conforme o serviço específico para onde o enfermeiro integrado foi colocado e conforme as competências do integrado, nomeadamente a sua experiência prévia.

GESTOR 1: *Pode ser de mais dois meses mas geralmente aos três meses a integração estará concluída naquilo que é fundamental e a pessoa passa a fazer rollman (...)*

GESTOR 6: *(...) nas duas primeiras semanas estão supranumerários (...) quando são enfermeiros que vêm de fora, do primeiro ano e que vêm da escola a primeira tarde fazem supranumerários (...) na terceira semana estão já como efetivos (...) Ao final da quarta semana, em princípio, começam a fazer noites.*

GESTOR 2: *A integração tem a ver com o local para onde enfermeiro vem ... mas ... o processo de integração nunca deveria ser limitado apenas no tempo mas também nas competências... Certamente haverá pessoas que ao fim de um mês estarão integradas ... e certamente haverá outras que necessitariam de mais tempo.*

GESTOR 7: *Dadas as dificuldades que existem atualmente, não há tempo, às vezes para integrar, as pessoas começam a trabalhar sem estarem completamente integradas*

GESTOR 5: *Em termos da especificidade da unidade de [X] eu considero três meses.*

Contudo, existem situações em que o próprio gestor por vezes acaba por se sentir frustrado pela existência dos contratos temporários, ou substituições temporárias, com contratos a prazo, porque verifica que nessas situações o integrado não se integra adequadamente e porque acaba por existir uma certa desestabilização da equipa. Além disso o gestor sente-se frustrado por não ter o tempo necessário para facilitar este processo e no caso de uma integração bem-sucedida, o contrato terminar e o integrado ir embora.

GESTOR 2: *Mas eu tenho algum receio por vezes quando vem pessoas substituir se souberem à partida que vão embora podem não ter interesse (...) não investir tanto quanto aquilo que seria desejável.*

GESTOR 4: *frustração de termos um elemento muito mal preparado, muita dificuldade em integrar-se, desinteressado da própria integração porque era muito dúbia a sua permanência no hospital pois estava em termos de substituição de férias*

GESTOR 7: *começando por mim neste momento sinto uma frustração (...) pela frequência com que eu tenho que o fazer porque acho que são integrações constantes, destabiliza a equipa, fragiliza uma equipa (...) também me sinto frustrada por não ter o tempo que eu acho necessário para poder integrar quem chega.*

No discurso dos gestores é referida a importância atribuída à fase inicial de integração quer à instituição de forma formal global, quer em relação ao serviço, para que este processo possa ser facilitado.

2.1.2 Desenvolvimento do Processo de Integração

Nesta categoria incluem-se a subcategoria “Fatores/Estratégias Facilitadoras”, composta por quatro indicadores: Integração faseada; Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia; Perfil do enfermeiro integrador; Autoformação do integrado.

Na análise do desenvolvimento do processo de integração procurámos, sobretudo perceber no discurso dos gestores enfermeiros quais os fatores ou estratégias facilitadoras da integração de novos enfermeiros assumindo que, quando estes não existem, funcionam como limitadores do processo de integração.

a) Fatores/ Estratégias Facilitadoras

Integração faseada

A complexidade dos cuidados leva a que a integração se inicie frequentemente com o acompanhamento tutelado por um profissional que trabalhe em horário fixo, tentando-se que seja sempre o mesmo ao longo desse período, por uma questão de uniformidade e de facilitar as relações interpessoais. Este período é variável, de uma semana a um mês, dependendo do serviço e das contingências da altura em que se dá este processo.

GESTOR 4: *A estratégia que utilizamos aqui (...) será sempre integrá-lo com um enfermeiro sénior, esse com experiência ou sendo especialista. Faz primeiramente uma integração só de manhãs, e acompanhará depois esse enfermeiro no rollman durante dois, três meses, mês e meio, tudo depende...*

GESTOR 6: *de um modo geral é um colega que está de horário fixo para ter a mesma uniformidade de orientação, de integração para saber quais são as dificuldades e saber onde é que pode ser ajudado. E procede isso, na quarta semana começa fazer tardes, portanto até à primeira, segunda e terceira semana será só manhãs.*

Em alguns casos, quando se inicia o trabalho por turnos rotativos (*rollman*) esta integração continua a realizar-se com um mesmo enfermeiro integrador, sempre que possível, o novo elemento inicia a atividade na condição de supranumerário. Para alguns gestores o novo elemento pode iniciar a atividade em áreas mais diferenciadas de um serviço, porque sabendo trabalhar aí vai saber trabalhar nas áreas “mais fáceis”, enquanto para outros gestores o início da atividade deverá ser pelas áreas menos diferenciadas:

GESTOR 1: *De maneira que estão um mês como supranumerários na [unidade] (...) tentamos que ao fim de um mês a pessoa passe dessa situação de supranumerário, para uma situação em que já lhe são distribuídos doentes, embora continue acompanhado ainda o tempo que for necessário.*

GESTOR 1: *(...) quem sabe trabalhar na [unidade], sabe trabalhar [no internamento]. O contrário já não é verdade.*

GESTOR 5: *Em cuidados gerais, só depois integração na unidade. Começam sempre na área de cuidados gerais, só depois há a especificidade da unidade.*

Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia

Grande parte dos gestores dizem que tentam garantir a individualização do processo de integração, isto é, que a integração seja dinâmica, personalizada a cada novo elemento com o intuito de que no final do processo o integrado sinta que fez uma integração completa no serviço de destino, tendo desenvolvido competências necessárias que o preparem para a complexidade de cuidados que terá de prestar. Esta personalização só é possível mediante um acompanhamento próximo, especialmente se baseado no diálogo. São utilizadas algumas estratégias para facilitar a integração do novo elemento, nomeadamente um ajustamento no horário, para que o integrador possa fazer mais turnos de manhãs no princípio, ou ajustando o local onde é colocado nos primeiros tempos.

GESTOR 1: *É sempre um processo de acompanhamento, de comunicação permanente, acompanhando sempre as eventuais dificuldades, vou conversando com o elemento que está a fazer a integração para nos apercebermos da evolução, sendo tudo um pouco ajustado à pessoa e ao serviço conforme a evolução.*

GESTOR 7: *No princípio tento facilitar um bocadinho a área de colocação do profissional de acordo com as exigências que podem ser pedidas (...) vou discutindo*

com ele também (...) porque é que o ponho aqui e não ponho ali, porque é que eu faço desta ou daquela forma e vou tendo o feedback dele.

GESTOR 6: *vamos também respondendo a algumas questões que o próprio profissional vai realizando, porque como nós sabemos que no primeiro dia não podemos dar toda a informação ... informação que terá de ser feita faseada (...) Portanto que isto é um processo dinâmico, é um processo gradual, que nós respeitamos a individualidade.*

No final, o novo enfermeiro é considerado integrado após se sentir confortável na dinâmica do serviço, assim como possuir um conjunto de conhecimentos polivalentes e competências (técnicas, relacionais, desenvolvimento, éticas) que lhe permitam ser autónomo nos cuidados. A questão da autonomia constitui-se como um dos objetivos principais do processo de integração.

GESTOR 1: *Considero-a completamente integrada quando a pessoa seja completamente autónoma (...)*

GESTOR 4 (...) *as suas competências pala a sua autonomia em termos de planear e executar sem estar a ser supervisionado ou ajudado por outros colegas.*

GESTOR 7: *integração não é só saber fazer, mas é estar à vontade no ambiente em que está inserido e conhecer o ambiente (...) E quando eu digo sentir à vontade é ter segurança naquilo que estás a fazer e moveres-te à vontade no serviço ... Para mim integração é eu ser capaz de perante seja que situação for eu saber como agir, com quem tenho de me articular, com que serviço eu tenho de me articular, o que é que eu tenho de fazer, a estratégia a adotar, isso é estar integrado.*

Perfil do Enfermeiro Integrador

Os enfermeiros integradores são escolhidos pelos gestores por variadas razões, mas todos referem que estes têm que ter um “perfil adequado” para poderem supervisionar e orientar novos profissionais. Este perfil incluirá um conjunto de características de onde se destacam: a experiência profissional; a experiência e resultados em orientação de alunos; gostar de desafios; disponibilidade; serem reconhecidos pela equipa pelas suas competências; serem exigentes, mas também sensíveis, procurando identificar limitações do integrado; serem capazes de fazer um bom acolhimento, demonstrando competências humanas. Existe também a preocupação que o integrador possa acompanhar o integrado durante um período razoável.

GESTOR 1: *um elemento experiente, ou seja, um elemento com horário fixo já há bastantes anos nesta unidade (...) já me têm transmitido efetivamente um ou outro que sentem que o elemento integrador questiona muito e portanto parece que está a*

querer...intimidá-los (...) Mas julgo que esta situação de questionar e confrontar a pessoa com as competências e o “sabe ou não sabe” é um aspeto muito importante

GESTOR 2: *a escolha desses enfermeiros por norma é pela sua avaliação de desempenho, pelas suas características, são considerados enfermeiros mais experientes com capacidade para fazer a integração desses profissionais, enfermeiros aceites pela própria equipa (...) e que se mostram disponíveis*

GESTOR 3: *Nem todos têm... em questões de sensibilidade, da preocupação do ensinar, do orientar, do estar pronto para responder (...) em termos de relacionamento, de afetividade, de afinidade e de trocas de experiências, e se poder dizer que “não está bem”, ou “não percebi aquilo”, é muito mais fácil estando sempre com a mesma pessoa todos os dias...*

GESTOR 5: *Habitualmente tem a ver com o acolhimento, com um bom acolhimento, com a competência técnica e humana, com as competências de enfermagem, de possíveis elementos de referência na equipa.*

Denota-se também a importância que é dada ao elemento integrador no sucesso de todo o processo:

GESTOR 3: *como “chefe” responsabilizo o integrador pelo processo da integração daquele indivíduo.*

No discurso dos gestores é referido, sem dúvida, a importância do integrador, o seu perfil como elemento facilitador ou limitador do processo de integração.

Autoformação do integrado

Para que o novo elemento seja mais rápida e facilmente integrado no novo serviço é desejável que este seja capaz de se formar e realizar auto-pesquisa, lendo alguns livros específicos, por exemplo, acerca do tipo de trabalho “técnico/ profissional” a desenvolver. O processo exige normalmente algum tempo, mas pretende-se que, no final, o profissional obtenha ganhos com isso.

GESTOR 1: *A disponibilidade desses elementos é total, e eles são inclusivamente estimulados a fazer essa consulta, ... É-lhes aconselhado um livro de [especialidade] de modo a que possam ir lendo a parte da [X] ... como outros aspetos da anatomofisiologia, ou de outros procedimentos específicos do serviço.*

GESTOR 2: *Porque é necessário investir em formação, é necessário a pessoa ter muita disponibilidade de tempo*

É uma preocupação referida pelos gestores a seleção do elemento responsável pela integração dos novos enfermeiros no serviço.

2.1.3 Avaliação do Processo de Integração

Esta categoria inclui a subcategoria “Forma de Avaliação e implicações da integração”, que integra

dois indicadores: Avaliações formais e informais; Inovação introduzida pelo integrado

a) Forma de Avaliação e Implicações da Integração

Avaliações formais e informais

A avaliação de todo o processo é feita de diferentes formas, a maior parte das vezes de forma informal, outras vezes com a realização de reuniões específicas para tal. Em todas as situações parece haver promoção de diálogo constante entre os três elementos, nomeadamente com o objetivo de os integrados descreverem as dificuldades e relatarem as áreas em que sentiram mais dificuldades, assim como darem algumas sugestões pertinentes para que o processo continue a desenrolar-se bem ou para correções a realizar em futuras integrações.

GESTOR 1: (...) é sempre feita depois a três. Já fica planeado que eu irei reunindo periodicamente, e depois no final deste mês faço sempre uma avaliação global dos vários pontos que estavam no plano de integração ... Através de questões que a integradora vai fazendo ao integrado. Em relação ao integrador não. É feito de uma forma verbal e informal numa reunião com os três. Fazem uma avaliação de todo o processo, dizendo as dificuldades que tiveram. Se o tempo era o necessário, se tínhamos a documentação toda necessária relativamente aos procedimentos, se foram apoiados ou não (...) se gostaram ou não, se seria melhor ter outro integrador, mesmo qualquer sugestão que queiram dar (...)

GESTOR 4: vou tendo reuniões regulares de duas semanas, ou mensais para saber quais são as dificuldades que têm (...). A avaliação é mútua, ou seja, eu digo ao avaliador o que é que estou a apreciar

Um dos gestores referiu que o ideal seria que existisse uma checklist pré-definida de aspetos essenciais a cumprir durante a integração, que seria utilizado depois para realizar esta avaliação do processo. Este é um dos aspetos considerados no plano que este serviço pretende implementar:

GESTOR 3: Aliás a parte seguinte que tínhamos neste processo de integração ... era precisamente validar se a integração foi ou não feita corretamente. E como faríamos isso? Tendo uma checklist de tudo o que pretendíamos em que ele fosse integrado, questionando-o no fim (o enfermeiro que integrava) se ele sabia fazer este e aquele procedimento, e percebermos se no geral na dinâmica daquele serviço se ele estaria preparado para dar resposta a diverso tipo de situações estando a trabalhar devidamente já em qualquer parte [do serviço].

Inovação introduzida pelo integrado

A aquisição de novos elementos vem suprir as necessidades dos serviços em termos de recursos humanos, mas também tem outras vantagens, nomeadamente a inovação e atualização de conhecimentos e procedimentos, com o surgir de novas ideias e sugestões para melhoria de algumas práticas. Isto acontece tanto com os que vêm da escola como com os que são transferidos de outros serviços (permanente ou temporariamente).

GESTOR 2: *Uma coisa que eu posso frisar é que as mudanças que têm acontecido neste serviço são novos profissionais que acabam por sugerir porque veem que certamente há aspetos que podem ser melhorados, e nós que estamos sempre diariamente no serviço não nos apercebemos por vezes de algumas que poderão ser não conformidades, ou algo que não trabalhe tão bem como deveria ser...*

GESTOR 4: *era uma satisfação de termos ganho mais um elemento (...) com ideias novas pois sendo recém-formado ainda tinha muitos conhecimentos “vivos” e era interessante e um desafio e uma grande satisfação por ser um colega promissor e a desenvolver-se.*

GESTOR 7: *ter que integrar pessoas novas na equipa porque eu acho que é saudável, oxigena uma equipa*

Na tabela seguinte (Tabela 2) apresenta-se o resumo desta categorização.

Tabela 2 - Categorização da análise de conteúdo do Enfermeiro Gestor

Categoria	Subcategoria	Indicador	UNS
INICIAÇÃO AO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Requisitos e Apresentações	(Não) Seleção do novo elemento	GESTOR 4: <i>como responsáveis pelas unidades, nós é que deveríamos ter a responsabilidade de fazer a seleção dos novos enfermeiros</i>
		Conhecer o integrado e Avaliar a sua motivação	GESTOR 3: <i>No primeiro dia, na primeira entrevista que se faz ao profissional é que tento fazer uma abordagem dos conhecimentos, das práticas, da formação que têm, (...)</i> GESTOR 1: <i>tento verificar se ela está realmente motivado para trabalhar neste serviço (...)</i>
		Apresentação da instituição, serviço e equipa	GESTOR 3: <i>Normalmente eram orientados diretamente para o nosso serviço, podiam ter alguma conversa com a direção de enfermagem, nomeadamente a enfermeira diretora que lhe dava uma perspectiva do hospital (...) depois era entregue e nós aqui é que fazíamos a integração no próprio serviço</i>
	Gestão de emoções	Stress, Insegurança do integrado	GESTOR 6: <i>Sentem medo, sentem insegurança, vêm muito ansiosos (...)</i>
	Planificação da integração	(In)Existência de manual de acolhimento	GESTOR 2: <i>penso eu que deveria existir a nível do serviço um guia de acolhimento do profissional, onde ele pudesse ter acesso aos procedimentos, à rotina, horário tipo, e tudo isso que o pudesse integrar logo no serviço.</i> GESTOR 7: <i>Temos o manual de acolhimento do serviço (...) faz a apresentação por escrito do serviço e da orgânica funcional do serviço e das equipas que compõem o serviço e da forma como esse serviço se interliga com os restantes, com o restante hospital. Esse é um documento obrigatório que eu dou às pessoas para o lerem.</i>
		Gestão do tempo de integração	GESTOR 2: <i>A integração tem a ver com o local para onde enfermeiro vem ... mas ... o processo de integração nunca deveria ser limitado apenas no tempo mas também nas competências... Certamente haverá pessoas que ao fim de um mês estarão integradas ... e certamente haverá outras que necessitariam de mais tempo.</i> GESTOR 4: <i>Ora isto marcou-nos negativamente e provocou desgaste da equipa, pois ajustavam-se horários e depois não havia continuidade e isso resulta numa grande frustração. (...) Cheguei inclusivamente a ter um caso de 48 horas. Como deve imaginar isto é terrível.</i>
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Factores/ Estratégias determinantes	Integração faseada	GESTOR 4: <i>A estratégia que utilizamos aqui (...) será sempre integrá-lo com um enfermeiro sénior, esse com experiência ou sendo especialista. Faz primeiramente uma integração só de manhãs, e acompanhará depois esse enfermeiro no rollman durante dois, três meses, mês e meio, tudo depende...</i>

		Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia	GESTOR 7: No princípio tento facilitar um bocadinho a área de colocação do profissional de acordo com as exigências que podem ser pedidas (...) vou discutindo com ele também (...) porque é que o ponho aqui e não ponho ali, porque é que eu faço desta ou daquela forma e vou tendo o feedback dele.
		Perfil do enfermeiro integrador	GESTOR 5: Habitualmente tem a ver com o acolhimento, com um bom acolhimento, com a competência técnica e humana, com as competências de enfermagem, de possíveis elementos de referência na equipa.
		Autoformação do integrado	GESTOR 1: eles são inclusivamente estimulados a fazer essa consulta ... É-lhes aconselhado um livro de [especialidade] de modo a que possam ir lendo a parte da [X] ... como outros aspetos da anatomofisiologia, ou de outros procedimentos específicos do serviço.
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Forma de Avaliação e implicações da integração	Avaliações formais e informais	GESTOR 4: vou tendo reuniões regulares de duas semanas, ou mensais para saber quais são as dificuldades que têm (...). GESTOR 5: Habitualmente são planeados ao fim de uma semana, se necessário diariamente ... É avaliado por mim e a avaliação informal pelo integrador. Formal por mim.
		Inovação introduzida pelo integrado	GESTOR 7: ter que integrar pessoas novas na equipa porque eu acho que é saudável, oxigena uma equipa

2.2 Perspetiva Do Integrador

Apresentam-se agora os resultados da análise às entrevistas dos integradores, que também se dividem nas mesmas categorias principais: Iniciação ao processo de integração; Desenvolvimento do Processo de Integração; e Avaliação do Processo de Integração

2.2.1 Iniciação ao Processo de Integração

Nesta categoria incluem-se duas subcategorias: a) Apresentações e Conhecimento do Serviço; b) Planificação da Integração.

a) Apresentações e Conhecimento do Serviço:

Foram incluídos dois indicadores nesta subcategoria: Apresentação do serviço, equipa e procedimentos e avaliar a motivação.

Apresentação do serviço, equipa e procedimentos

O uso deste indicador permitiu-nos identificar no discurso dos integradores a relevância de dar a conhecer ao integrado a instituição bem como o próprio serviço onde se procede à integração e, até, a equipa e os procedimentos. Alguns integradores referiram neste âmbito que ao iniciarem o processo de integração é importante a apresentação aos colegas de trabalho, dar a conhecer as patologias mais frequentes no serviço, a organização dos cuidados de enfermagem, protocolos, a estrutura e dinâmica do serviço e as atividades mais frequentes:

INTEGRADOR 2: *Uma coisa de início que é muito importante que devemos alertar sempre as pessoas é para o conhecimento do espaço físico do serviço (...) ir apresentando aos colegas que vão surgindo nos variados turnos (...) A partir daí tenta-se integra-lo na metodologia de trabalho que nós utilizamos no nosso serviço. Posteriormente, falar-lhe também do tipo de doentes que nós temos, as patologias que nós temos que são mais comuns (...) E depois temos que lhe explicar todas as atividades que são desenvolvidas, como são desenvolvidas....*

INTEGRADOR 4: *Uma das preocupações que também tenho é de explicar todos os procedimentos (...) tentar no tempo de integração suprimir essas dúvidas e essas dificuldades que se têm em algum procedimento...*

Outro indicador que emergiu a partir do discurso do integrador diz respeito à análise e avaliação da motivação do integrado como se demonstra de seguida.

Avaliar a motivação

Algumas exigências específicas dos serviços onde se estão a integrar elementos novos constituem dificuldades ao próprio processo de integração, pela especificidade e/ou polivalência de alguns serviços, pelo que os integradores referem, frequentemente, a importância de avaliar a motivação do novo elemento para aí desenvolver o seu processo de integração.

Existe a percepção de que alguns serviços não são muito “desejados” ou não seriam a primeira opção dos enfermeiros se estes pudessem escolher livremente o serviço para onde são selecionados, o que pode influenciar bastante o processo de integração:

INTEGRADOR 3: (...) não é um serviço acessível, não é qualquer pessoa que gosta. O primeiro ponto é se a pessoa quis vir para aqui, ou está a vir sem querer, e portanto tudo isto muda completamente o processo de integração

INTEGRADOR 5: refiro novamente que o meu serviço é muito específico ... o que implica que às vezes sejam muito complicado fazer um planeamento de cuidados adequado (...) é um bocadinho caótico por vezes. (...) a própria dinâmica do serviço, tornou-se um processo difícil para integrar a colega (...) o número de doentes que dão entrada no serviço, o número de profissionais disponíveis para trabalhar.

A avaliação da motivação do enfermeiro para integrar o serviço surge, assim, como um elemento que poderá constituir-se como facilitador ou limitador de uma melhor integração.

b) Planificação da Integração.

Esta subcategoria refere-se à necessidade de uma planificação do processo de integração, e inclui como indicadores: (In)Existência de Manual de Acolhimento; Tempo reduzido de integração.

(In)Existência de Manual de acolhimento

Tal como referido atrás, há serviços que possuem um manual de acolhimento, que lhes permite servir de guia e consulta sempre que necessário durante todo o processo de integração.

A existência deste manual permite evitar repetições na interiorização de procedimentos ou outras situações. Este é, por isso, um instrumento considerado muito útil, não só pelo integrador mas também pelo integrado que poderão consultar sempre que sentirem necessidade. Contudo, tal como referido pelos gestores, alguns serviços não possuem este tipo de manual.

Paralelamente ao manual existe, em alguns serviços, uma lista de protocolos, de procedimentos ou normas, igualmente referidas como fundamentais para o processo de integração.

INTEGRADOR 3: *Daí eu ser a favor que existisse um manual (...) um documento que permitisse que nós fizéssemos sempre uma integração com objetivos bem delimitados (...) e com objetivos para eles atingirem, e com tempos até.*

INTEGRADOR 4: *O manual de acolhimento é basicamente a junção de todos os protocolos (...) e onde estão também a estrutura física e os serviços que nos servem de apoio. Nomeadamente têm protocolos de colheitas de sangue (...)*

INTEGRADOR 5: *O meu planeamento foi basicamente um rascunho no papel (...) eu adorava que houvesse um planeamento no próprio serviço, um guia que pudesse seguir (...) mediante esses objetivos se calhar conseguiríamos ter mais certeza e mais confiança na integração que estamos a efetuar*

INTEGRADOR 7: *é logo a primeira coisa que eu aconselho no primeiro dia (...) aconselho-o a ler o manual do serviço.*

Para além do manual de acolhimento os integradores referiram-se ainda, à duração da integração. Estas referências do discurso foram classificadas com o indicador “ Gestão do tempo de Integração”.

Gestão do tempo de integração

Regra geral, nos discursos dos integradores existe a perceção de que o tempo de integração é reduzido. É notável a diferença existente entre o tempo de integração que os novos elementos têm e o que é efetivamente desejado pelos integradores. Na realidade a integração é variável conforme o tempo que o serviço pode “dar”, depende dos recursos humanos existentes, que são sentidos como cada vez mais escassos e varia também conforme as competências que os novos elementos já têm, porque se tiverem alguns anos de experiência profissional o tempo de integração diminui. Mas regra geral existe a perceção que o tempo é reduzido e geri-lo convenientemente é cada vez mais difícil:

INTEGRADOR 1: *Mais ou menos 1 mesito, mais coisa menos coisa, também depende muito das necessidades do serviço. Se o serviço precisar deles, pois...*

INTEGRADOR 3: *A realidade é que chega uma pessoa hoje e daqui a três dias está a ter que tomar decisões sem ter os conhecimentos, e sem estar muitas vezes com segurança para isso, mas é empurrado pelas necessidades*

INTEGRADOR 4: *temos elementos que conseguimos estar com eles cerca de três a quatro semanas de integração (...) E tivemos aí colegas que tiveram duas a três semanas como supranumerários (...) Agora sei que houve colegas que tiveram uma semana de integração, e passado uma semana eram responsáveis por uma área*

O tempo de integração resume-se a apenas algumas semanas o que é sentido como sendo manifestamente reduzido para as necessidades de uma integração plena e personalizada.

2.2.2 Desenvolvimento do processo de integração

Esta categoria inclui apenas uma subcategoria: a) Fatores/ estratégias determinantes. Com a categoria desenvolvimento do processo de integração procurámos descrever os discursos com os elementos facilitadores e limitadores da integração na altura em que esta ocorre.

a) Fatores/Estratégias determinantes

O papel do integrador e da equipa pode contribuir como fatores que facilitem ou limitem o processo de integração, além de outros já referidos, mas que nesta fase foram percecionados como determinantes.

Nesta subcategoria incluem-se quatro indicadores: Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia; Perfil do enfermeiro integrador; Formação específica em Supervisão; Colaboração da equipa.

Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia

Nos discursos sobre a personalização e acompanhamento contínuo os entrevistados referem que em alguns aspetos da integração são desenvolvidos de forma semelhante para todos os integrados, quer tenham experiência profissional ou não, por exemplo relativamente à integração no espaço físico. Não obstante é opinião da maioria de que a maior parte do processo de integração se deve reger de acordo com as características do integrado, nomeadamente da sua personalidade e experiência. Isto é, a maioria dos integradores considera que o processo de integração deve diferir de integrado para integrado, utilizando estratégias diferentes, tais como aumentar, se possível, o tempo de integração ou ajustar os sectores onde essa pessoa é colocada. Este pressuposto é entendido como um fator facilitador da integração:

INTEGRADOR 2: *É preciso saber dar tempo às pessoas, avaliar bem quais são as suas limitações, e a partir daí tentar trabalhar nessas limitações.*

INTEGRADOR 7: *Mas isto também depende do que as pessoas são capazes (...) Acima de tudo a personalidade da pessoa. Há pessoas que chegam aqui e integram-se muito bem: Das experiências anteriores que possam ter tido. (...) às vezes tento encaminhar as pessoas quando vejo que têm mais dificuldade em determinados sectores. Procuro fazer que elas passem mais tempo naquele sector para ultrapassar essas dificuldades.*

Na perspetiva dos integradores entrevistados o objetivo principal da integração de um novo elemento numa equipa é levar a que este se torne autónomo o mais rapidamente possível. A

autonomia traduz-se, na capacidade de executar com competência as aptidões que são inerentes à função que lhe é exigida. Este é um processo gradual, que dependerá da experiência prévia que o elemento possa ter, nomeadamente experiências prévias no âmbito de ensinos clínicos no mesmo serviço onde se integram atualmente:

INTEGRADOR 3: *Se fosse num meio ideal seria quando a pessoa sentisse capacidade para tomar essas decisões. Seria a própria pessoa e claro que o outro que está a acompanhar o processo de integração teria que perceber esses tempos...*

INTEGRADOR 6: *no início é quase como os alunos e eu comparo muito, é estar ao lado (...) fazer supervisão depois e depois se já tenho confiança, ok! Podem ficar sozinhos*

INTEGRADOR 7: *Como lhe disse às vezes dou autonomia, e depois vejo-o a fazer isto ou vejo-o a fazer aquilo. Às vezes pergunto “porque é que fizeste desta maneira e não daquela”...”eu se calhar tinha feito desta maneira”, e vai-se retificando algumas coisas.*

A acrescentar, é importante referir que, alguns integradores referiram a pertinência de existir apenas um integrador durante o processo, ou seja, advogam as virtudes da implementação de um regime tutorial.

INTEGRADOR 4: *nunca foi uma integração como são feitas agora só com outro elemento. Isso facilita se bem que concordo que depois de algum tempo haja a necessidade de mudar e passar por outro enfermeiro.*

INTEGRADOR 5: *posso referir que é bom a integração ser efetuada com uma pessoa só, em regime de quase tutoria, integração só com uma pessoa e não com várias, ser feito num horário de rollman, sim é importante conhecer as diferentes dinâmicas do serviço nos diferentes turnos, não fazer só manhãs, não fazer só tardes...*

Perfil do enfermeiro integrador

Os enfermeiros integradores têm noção de que foram selecionados por possuírem um conjunto de competências técnico-relacionais, isto é, por possuírem um perfil considerado, pelos gestores, adequado à colaboração na integração de novos elementos. Quando questionados sobre estas características, os integradores tendem a identificar como elementos importantes:

i) a capacidade de liderança;

INTEGRADOR 3: *deve ser também alguém que a equipa veja como um líder*

ii) *Experiência;*

INTEGRADOR 4: *deverão ser elementos que já tenham uma experiência profissional grande*

iii) capacidade de trabalhar em equipa e responsabilidade

INTEGRADOR 5: *tem que ser uma pessoa organizada, responsável sempre (...) Deve ter uma conduta correta, ser educado, também de forma a dar o exemplo, deve ser uma pessoa que procura sempre o melhor para o serviço (...) saber trabalhar em equipa, ser cordial*

iv) dedicação ao serviço

INTEGRADOR 6: *A experiência profissional, não quer dizer anos de serviço. Acho que tem muito a ver com a dedicação que fazemos ao serviço*

Mas os integradores entrevistados referiram ainda, de forma enfatizada a necessidade do integrador reunir um conjunto de características de excelência, não só profissionais mas também em termos de relações humanas ou pedagógicas, que permitam que a integração seja mais do que instruir/treinar sobre os procedimentos:

INTEGRADOR 2: *nem todas as pessoas apresentam perfil para fazer essa integração (...) é preciso estar disponível para ouvir o outro e disponível para ensinar (...) demonstrar sempre a minha disponibilidade, (...) depois precisamos de ser comunicativos, estarmos abertos a explicar todos os passos (...)*

INTEGRADOR 3: *é a comunicação e a relação interpessoal, que é básica na enfermagem (...) deve ser motivadora (...) porque muitas vezes integrar ... não passa só por chegar e transmitir um conjunto de informações. É perceber esses sentimentos e essas ambivalências (...) É muitas vezes ouvir e até perceber porque é que aquela pessoa está a chegar ao serviço (...) capacidade para detetar os medos da pessoa que está a chegar, as dúvidas, às vezes até a motivação que traz...*

INTEGRADOR 4: *(...) Saber escutar, saber ouvir, saber apontar as dificuldades dos colegas...*

Não menos importante é a vontade e disponibilidade que o enfermeiro tem para fazer a integração dos novos elementos. Também de acordo com alguns relatos, nem sempre os enfermeiros com mais graduação são os que têm mais competência para integrar, também há vantagem em serem os enfermeiros generalistas ou de horário fixo.

INTEGRADOR 2: *é preciso estar de livre vontade, isso é óbvio, não estar contrariado (...)*

INTEGRADOR 3: *Eu posso ter muitas competências teóricas e não ser competente, e portanto posso ser a mais velha do serviço e não ser a pessoa que tenho as melhores características para transmitir essa informação (...) a partir de uma certa altura fiquei de horário fixo, isso também foi um dos pontos que contribuiu*

Formação específica em Supervisão

Este gosto pela orientação e integração de novos elementos leva alguns enfermeiros a realizarem formação específica neste âmbito, grande parte das vezes, por sua própria iniciativa. Outros integradores tiveram formação específica em integração durante o curso de especialidade. Esta formação específica é então referida como outro dos fatores facilitadores da integração, no que diz respeito ao papel do integrador:

INTEGRADOR 3: *Tenho a especialidade há muitos anos. Tenho 20 e tal anos de especialidade (...) em termos de pedagogia quando foi no curso de administração e serviços de enfermagem, que me deu algumas estratégias em termos de educação. (...) Como a pós-graduação em supervisão (...) A formação que tenho feito sempre tem sido por minha iniciativa.*

INTEGRADOR 4: *embora não tenha que ser obrigatoriamente especialista ou graduado, mas que tenha que ter se calhar no seu currículo já algumas formações e conhecimentos (...) Tirei o curso de supervisão clínica (...)*

INTEGRADOR 5: *Por outro lado, sinto que preciso, também, de uma orientação, se calhar uma formação seria o ideal e estou à procura disso para conseguir integrar da melhor forma os colegas que surjam no serviço.*

Apoio da equipa

Outro aspeto também salientado é que o integrador sozinho não consegue ou pelo menos, terá muita dificuldade em promover a adequada integração do novo elemento se não tiver o suporte de toda a equipa:

INTEGRADOR 2: *a colaboração dos outros profissionais também é muito importante, porque muitas das vezes, nós não estamos sempre presentes (...)*

INTEGRADOR 3: *pode existir uma figura de integrador mas eu acho que uma equipa inteira pode ter a sua mais-valia nessa integração.*

INTEGRADOR 5: *... cheguei a pedir alguma ajuda a colegas mais velhos, de forma a conseguir ... também depreender das experiências deles como é que devia proceder para ser correta*

2.2.3 Avaliação do processo de integração

Esta categoria inclui duas subcategorias: a) Gestão de emoções; b) Forma de Avaliação e Implicações na integração.

Com esta categoria procurámos perceber os elementos facilitadores e limitadores de uma boa integração no momento da avaliação sob o ponto de vista dos integradores.

a) Gestão das emoções

Reconhecimento e Satisfação

Ser-se ou não reconhecido pelo desempenho da atividade de integrador é o fator que suscita os sentimentos mais intensos nestes enfermeiros. Ser-se integrador começa por traduzir o reconhecimento e confiança por parte do gestor, ainda que alguns enfermeiros possam sentir falta de apoio por parte destes numa fase inicial. Outros referem eles próprios terem sentido também alguma falta de confiança nas suas capacidades na fase inicial, pelo que serem integradores se constitui num desafio, motivante porque também contribui para um sentimento de valorização pessoal e profissional. Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados – por outros – é outro contributo para este sentimento. Existe também quem reclame por mais condições e reconhecimento da importância deste papel de integrador.

INTEGRADOR 2: (...) ao colaborarmos na integração de um novo colega, para nós é sempre uma satisfação vermos que conseguimos fazer uma boa integração a um colega e que ele depois desenvolve as suas atividades na maior das perfeições

INTEGRADOR 3: (...) no início foi encarado como um desafio (...) Aqui nem posso queixar pois há um reconhecimento desse papel (...) motivante é, até porque é um voto de confiança por parte da chefia que me considera capaz disso.

INTEGRADOR 3: há cansaço muitas vezes fundamentalmente mais pela falta de reconhecimento do papel em si. É visto muitas vezes como uma atividade informal, não se lhe dá o estatuto, não existe um suporte que permita por vezes ver realçado esse papel. É feita quase sempre numa informalidade e num pouco valor que se lhe dá...

b) Forma de avaliação e Implicações da Integração

Nesta subcategoria os integradores entrevistados procuraram referir a importância que para eles têm no processo de integração, fazer reflexões sobre o desempenho profissional do integrado.

Avaliações formais e informais

Ao refletirem sobre a avaliação do processo de integração, os integradores referem que a avaliação que realizam é assente, sobretudo, numa base informal, realizada maioritariamente ao fim de cada turno. Nestas reuniões informais o avaliador procura identificar e esclarecer dúvidas ou dificuldades

que não tenham sido percebidas pelo integrador. Já as reuniões formais com a presença do enfermeiro gestor, são de acordo com os integradores entrevistados, muito menos frequentes:

INTEGRADOR 4: *Eu pessoalmente penso que quase todos os dias se deve fazer uma avaliação daquilo que foi o dia, das dúvidas que se teve. Sempre que tive a integrar colegas tinha a preocupação de no final do turno tirarmos 5 a 10 minutos para se falar um pouco sobre as dificuldades sentidas, sobre como as pessoas se estão a integrar.*

INTEGRADOR 6: *(...) há sempre alguns momentos que nós podemos refletir, mais que não seja no final do turno (...) Eu não acho que seja avaliação propriamente dita, é reflexão sobre o que está, como está, o que é que podemos fazer melhor...*

INTEGRADOR 1: *só então depois de termos tudo mais ou menos delineado é que entra o gestor do serviço e então a partir daí será sempre uma conversa muito mais aberta (...)*

O carácter informal destas avaliações leva mesmo a que alguns enfermeiros integradores demonstrem alguma dificuldade em as classificar como avaliação.

Outro aspeto importante, e pertinente, é o facto de o enfermeiro integrador fazer ele próprio a sua autoavaliação ou então solicitar, também de forma informal, a avaliação pelo integrado:

INTEGRADOR 1: *Claro que uma pessoa também a princípio fica naquela perspetiva, será que eu estou a fazer bem o meu papel, não estou...*

INTEGRADOR 6: *Não se faz de uma forma formal, mas eu costumo perguntar, o que é que acham que eu poderia melhorar (...) O que acharam da minha postura durante a integração ou a supervisão clínica, o que é que eu poderia fazer para melhorar...*

Inovação introduzida pelo integrado

Tal como foi referido pelos gestores, também alguns integradores referiram como um dos fatores facilitadores para o processo de integração dos integrados, estes elementos integrados introduzirem atualizações ou mudanças em termos de procedimentos ou organização dos cuidados, levando à melhoria do serviço prestado:

INTEGRADOR 6: *porque alguns colegas que vêm de outros serviços ou mesmo da escola, às vezes também trazem mais-valias e têm opiniões válidas e nós também não podemos descurar, pensando que não nós é que estamos aqui há não sei quantos anos nós é que sabemos, quem chega não trás nada... não! Às vezes também trazem sugestões, que também é importante pegar nelas e se acharmos pertinente, discutirmos sobre isso...*

Na tabela seguinte (Tabela 3) apresenta-se o resumo desta categorização.

Tabela 3 - Categorização da análise de conteúdo do Enfermeiro Integrador

Categoria	Subcategoria	Indicador	UNS
INICIAÇÃO AO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Apresentações e Conhecimento do serviço	Apresentação do serviço, equipa e procedimentos	<i>INTEGRADOR 2: Uma coisa de início que é muito importante que devemos alertar sempre as pessoas é para o conhecimento do espaço físico do serviço (...) ir apresentando aos colegas que vão surgindo nos variados turnos (...) A partir daí tenta-se integra-lo na metodologia de trabalho que nós utilizamos no nosso serviço. Posteriormente, falar-lhe também do tipo de doentes que nós temos, as patologias que nós temos que são mais comuns (...) E depois temos que lhe explicar todas as atividades que são desenvolvidas, como são desenvolvidas....</i>
		Avaliar a motivação	<i>INTEGRADOR 3: (...) não é um serviço acessível, não é qualquer pessoa que gosta. O primeiro ponto é se a pessoa quis vir para aqui, ou está a vir sem querer, e portanto tudo isto muda completamente o processo de integração</i>
	Planificação da integração	(In)Existência de manual de acolhimento	<i>INTEGRADOR 3: Daí eu ser a favor que existisse um manual (...) um documento que permitisse que nós fizéssemos sempre uma integração com objetivos bem delimitados (...) e com objetivos para eles atingirem, e com tempos até.</i>
		Gestão do tempo de integração	<i>INTEGRADOR 3: A realidade é que chega uma pessoa hoje e daqui a três dias está a ter que tomar decisões sem ter os conhecimentos, e sem estar muitas vezes com segurança para isso, mas é empurrado pelas necessidades</i>
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Factores/ Estratégias Determinantes	Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia	<i>INTEGRADOR 7: Como lhe disse às vezes dou autonomia, e depois vejo-o a fazer isto ou vejo-o a fazer aquilo. Às vezes pergunto “porque é que fizeste desta maneira e não daquela”...”eu se calhar tinha feito desta maneira”, e vai-se rectificando algumas coisas.</i>
		Perfil do enfermeiro integrador	<i>INTEGRADOR 2: nem todas as pessoas apresentam perfil para fazer essa integração (...) é preciso estar disponível para ouvir o outro e disponível para ensinar (...) demonstrar sempre a minha disponibilidade, (...) depois precisamos de ser comunicativos, estarmos abertos a explicar todos os passos (...)</i>

		Formação específica em Supervisão	INTEGRADOR 4: embora não tenha que ser obrigatoriamente especialista ou graduado, mas que tenha que ter se calhar no seu currículo já algumas formações e conhecimentos (...) Tirei o curso de supervisão clínica (...)
		Apoio da equipa	INTEGRADOR 3: pode existir uma figura de integrador mas eu acho que uma equipa inteira pode ter a sua mais-valia nessa integração.
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Gestão de emoções	Reconhecimento e Satisfação	INTEGRADOR 2: (...)é sempre uma satisfação vermos que conseguimos fazer uma boa integração a um colega e que ele depois desenvolve as suas atividades na maior das perfeições INTEGRADOR 3: (...) há um reconhecimento desse papel (...) motivante é, até porque é um voto de confiança por parte da chefia que me considera capaz disso.
	Forma de Avaliação e implicações da integração	Avaliações Formais e informais	INTEGRADOR 6: (...) há sempre alguns momentos que nós podemos refletir, mais que não seja no final do turno (...) Eu não acho que seja avaliação propriamente dita, é reflexão sobre o que está, como está, o que é que podemos fazer melhor...
		Inovação introduzida pelo integrado	INTEGRADOR 6: porque alguns colegas que vêm de outros serviços ou mesmo da escola, às vezes também trazem mais valias e têm opiniões válidas e nós também não podemos descurar

2.3 Perspetiva do Integrado

Por fim, apresentam-se os resultados dos integrados de acordo com as mesmas categorias principais referidas anteriormente.

2.3.1 Iniciação ao Processo de Integração

Nesta categoria incluíram-se três subcategorias: a) Apresentações; b) Gestão de emoções; c) Planificação da Integração.

a) Apresentações

Apresentação da instituição, serviço e equipa

Os discursos dos integrados referentes à sua experiência no processo de integração revelam que a maior parte dos integrados foram recebidos na instituição pela enfermeira diretora ou adjunta, que, regra geral, lhes apresentaram a instituição e deram a conhecer os seus princípios orientadores. Após esta reunião inicial, no primeiro dia, afirmam terem sido distribuídos pelos respetivos “novos” serviços, assim como apresentados à equipa multidisciplinar. Os enfermeiros gestores são referidos como tendo surgido mais tarde para esclarecer aspetos mais específicos relacionados com os serviços, como por exemplo, a dinâmica do serviço, os métodos de trabalho e os regulamentos. Esta primeira fase revela-se essencial para os integrados.

INTEGRADO 7: *No hospital o primeiro contacto que tive foi com a enfermeira Diretora e o enfermeiro adjunto que nos apresentaram o hospital e os serviços para onde íamos inicialmente ... fizeram a apresentação do hospital, do funcionamento do hospital, dos princípios da instituição, etc.*

INTEGRADO 9: *(...) tive um acolhimento no primeiro dia ... como é que era formada, como é que era composta, qual o fardamento e alguns elementos gerais da instituição. Fui integrado em termos de regras gerais do funcionamento instituição, do fardamento, dos horários do serviço, num aspeto geral de organização do próprio edifício, do organograma em termos de hierarquia do estabelecimentos e dos profissionais envolvidos.*

O discurso dos integrados, revelou que estes sentiram dificuldades na iniciação da integração, especialmente os que eram “novos” na instituição.

b) Gestão de emoções

Stress, insegurança, medo de errar e de rejeição

Sobretudo na fase inicial da integração, mais ainda nos primeiros dias, os integrados descrevem ter

sentido de forma intensa: medo, stress e insegurança, sendo que alguns destes sentimentos são comuns a todos os integrados, não variando com a experiência profissional:

INTEGRADO 5: *é sempre ansiedade, depois a insegurança, o medo de não conseguir atingir os objetivos*

INTEGRADO 7: *estava com medo que não me aceitassem como profissional visto ter sido aqui estagiária. Tinha medo que não me levassem totalmente a sério (...) no início tinha algum receio era contactar com os médicos ...*

INTEGRADO 8: *Insegurança. Medo que os colegas ficassem chateados por eu não passar a informação suficiente. (...) Medo de erros de medicação porque aquilo era tudo a correr ... Sentia-me insegura. Às vezes sentia-me mais quando trabalhava com colegas mais velhos...*

INTEGRADO 10: *havia aquela sensação de receio de falhar em frente a essa pessoa porque dá ideia que essa pessoa sabe tudo e que nós não sabemos nada ao pé dela ... medo de não saber ...*

c) Planificação da integração

(In)Existência de Manual de acolhimento

O discurso dos integrados confirma a importância do manual de acolhimento. Segundo os entrevistados, quando existem manuais ou guias de acolhimento no novo serviço, estes traduzem-se em mais-valias, sobretudo quando são documentos que têm definidos objetivos, permitindo uma autoavaliação contínua. Mas, em alguns casos, estes documentos não existem e os integrados sentem falta de alguma estrutura e suporte que os possa também orientar na integração, facilitando-a.

INTEGRADO 1: *não havia um plano fixo ... Eu vou ser sincera. Eu gostava porque tenho conhecimento de uma experiência de alguém muito próximo que teve felizmente um plano com meses, objetivos a atingir ao fim desse tempo, e ao fim de alguns meses ter uma avaliação porque era um serviço muito específico.*

INTEGRADO 6: *o ideal seria haver uma grelha com os principais objectivos ... porque ajuda-nos, pois quando não temos esse guia não é fácil eu estruturar tudo mentalmente porque acabam por haver ali coisas que me falham. Então com aquele guia eu sei, e de uma forma periódica vou fazendo uma autoavaliação*

INTEGRADO 10: *Acho que é importante e mais tarde quando estava a realizar o meu trabalho apercebi-me que existia um guia e poderia ter sido fornecido nessa altura e não foi.*

É importante salientar a este respeito que alguns integrados referem o facto de existirem manuais nos serviços embora sem terem tido acesso a eles. Tal facto é incongruente com a importância que

todos os intervenientes atribuem ao documento.

Para além do manual de acolhimento, os integrados referiram que lhes foram facultados um conjunto de outros documentos – normas e protocolos – também eles fundamentais para facilitar a integração na dinâmica do serviço, estes sim, mais habituais.

INTEGRADO 1: *Foram-me dadas as normas, os protocolos do serviço, sim. Foram-me dados esses documentos ... que são um guia de acolhimento da utente, portanto um panfleto. E depois de acordo com a cirurgia e com a patologia que poderá ter os vários panfletos, isso sim foi-me mostrado e os protocolos.*

INTEGRADO 5: *Em termos de protocolos, pronto têm lá as capas, os protocolos que nós temos oportunidade de ver e de ler.*

INTEGRADO 10: *penso que logo no primeiro dia, começamos mesmo por aí, consultar todos os protocolos que há... todo o material que havia para ler, foi logo no primeiro dia...*

Planear o tempo de integração

Na mesma linha do manual de acolhimento também a planificação do processo de integração se apresenta como um aspeto fulcral para os enfermeiros integrados, já que alguns sentiram que teria sido muito mais eficaz se soubessem desde o início o que seria esperado deles e em que momentos. Os que tiveram oportunidade de obter este plano confirmam a sua importância.

INTEGRADO 1: *Acho eu que os papéis são muito importantes porque acho que são a maneira inclusivamente de nós conseguirmos estruturar o nosso plano ... Temos que saber que hoje vou ter que me integrar nisto e naquilo, tudo bem não posso saber tudo no segundo dia mas no terceiro dia já tenho que saber mais alguma coisa, e ter isso em tópicos é muito importante também*

INTEGRADO 4: *Bem estruturado, porque senão se calhar passado um mês pode acontecer que perguntem: “Então não te explicaram ainda que tens que fazer isto, isto e isto?” ... Os objetivos...ter um plano temporal principalmente: “Tu até este ponto tens que saber isto, até este tens que saber aquilo...”. Definido com o tutor.*

INTEGRADO 5: *Isso sim, acho que foi importante haver, também essa planificação mesmo para nós sabermos o que é que esperam de nós e também para nos irmos orientando.*

O tempo de integração que foi possível disponibilizar aos enfermeiros integrados durante o desenvolvimento do processo variou entre 4 dias e 6 meses, marcado, como já se viu atrás, por várias contingências como a falta de recursos humanos:

INTEGRADO 6: *Mas acho que era importantíssimo nós ao final do tempo pré-definido chegar ao fim e se houver necessidade de estarmos mais outro tanto tempo, mais alguns turnos, acho que era importante haver essa liberdade de tempo, essa liberdade de recursos*

INTEGRADO 6: *Fui muito bem integrado, foi o serviço onde eu me senti capaz. Foram seis meses*

INTEGRADO 12: *Aqui um mês também ... acho que foi a primeira semana com manhãs e depois já integrei os turnos ou na primeira ou segunda semana... é mais ou menos acho que foram duas semanas.*

Segundo a perspectiva dos enfermeiros integradores, o tempo que foi possível disponibilizar para a integração dependeu de vários fatores, principalmente as condições atuais do serviço, as competências e experiência prévia dos enfermeiros e a escassez de recursos humanos.

No caso dos enfermeiros integrados, alguns desvalorizaram o tempo disponibilizado para a integração, afirmando ter sido adequado.

INTEGRADO 5: *Agora em termos de integração julgo que foi suficiente, até porque hoje em dia não podemos estar muito tempo em integração.*

INTEGRADO 7: *Eu compreendo que o tempo de integração que se fez neste serviço ... não tenha sido o ideal, mas compreendo devido à conjuntura atual e à falta de elementos e das contenções todas que temos e da necessidade urgente de temos enfermeiros no campo a trabalhar como elementos já sem serem supranumerários. Só tive um dia como elemento extranumerário, foi o dia 1, no seguinte já contava como elemento.*

INTEGRADO 11: *Eu acho que a integração se vai completando ao longo do tempo, não é?*

Mas outros manifestaram a opinião inversa. O tempo foi, em muitos casos, uma barreira à adaptação eficaz ao novo serviço. Defendem, no geral que, um aumento do tempo de integração seria o ideal.

INTEGRADO 2: *Se calhar um bocadinho mais de tempo de integração*

No que respeita à “gestão” do tempo de integração os integradores sentem que têm de se adaptar ao tempo pré-definido, caso contrário, não há lugar a tempos “personalizados” em função da necessidade de cada um.

INTEGRADO 6: *Outra questão, mas acredito que seja nesta altura impossível, adequar o tempo de integração. O tempo de integração é muito curto, no meu serviço o tempo de integração é muito curto ... Ninguém consegue no sexto, no*

sétimo, e no oitavo turno, ter desenvoltura e ter rapidez e saber solicitar e dar resposta a tudo aquilo que é pedido, só com cinco, seis turnos ... Quando se está num balcão de medicina, ou de emergência, não é fácil terem duas horas ou aquelas duas ou três horas para nos explicarem...

INTEGRADO 7: *Nós temos que ser integrados à força: “Ou aprendes ou não aprendes. Se não aprendes ficas para trás e ficas mal visto”.*

2.3.2 Desenvolvimento do processo de integração

Esta categoria engloba apenas uma subcategoria designada por “Fatores/Estratégias Facilitadoras”, que inclui, por sua vez, seis indicadores: Integração faseada; Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia; Perfil do enfermeiro integrador; Apoio do gestor; Apoio da equipa; Autoformação do integrado.

Integração faseada

Há uma descrição de dificuldades sentidas pelos integrados, relacionadas com o tipo de serviço para onde foram destacados, quer devido ao espaço, estrutura física, especificidade e dinâmica do serviço, quer devido ao facto de o serviço ser polivalente. O nível de dependência dos doentes ou a documentação dos cuidados de enfermagem em suporte informático também foram exigências e limitações referidas. Neste contexto, os integrados sugerem que a melhor opção seria uma integração faseada.

INTEGRADO 1: *Tive dificuldades porque ao entrar, é um serviço com duas valências distintas*

INTEGRADO 7: *Primeira semana foi mais custosa visto que estava num serviço totalmente diferente a nível de dinâmica, de tipologia, de tudo. Lá eram só 10 doentes aqui são 47, só aí o serviço o serviço é assustador, uma pessoa chega aqui e é um serviço grande*

INTEGRADO 12: *A dinâmica do serviço é um bocado, dificulta um bocado para quem não está habituado a, por exemplo um enfermeiro que venha de novo sem ter experiência nenhuma, acredito que isso seja uma entrave para ele (...) porque entram muitos doentes...*

Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia

Ao longo do processo de integração os enfermeiros integrados têm noção que o seu desenvolvimento de competências foi gradual. Para alguns este processo pode ter sido mais rápido, mas ao atingir os

objetivos pretendidos, a satisfação compensa o esforço:

INTEGRADO 1: *Claro que cada conquista nos deixa felizes e cada vez que conseguimos fazer alguma coisa por muito simples que seja ...*

INTEGRADO 5: *o serviço estava sempre completamente cheio, tinha muita oportunidade de praticar e nesse aspeto é positivo numa integração, isso é bom ... Claro que com o tempo vamos adquirindo... pronto sentimos mais confiança em nós e tudo*

Sentir que lhes é confiada responsabilidade e autonomia também foi referido como um aspeto fundamental:

INTEGRADO 7: *Por exemplo gostei logo na primeira semana de um colega meu me ter dado a responsabilidade: “olha, vais ali ter com aquela família fazer aquele ensino disto e daquilo.” Sentiu que teve confiança em mim para fazer uma coisa que ele faria.*

INTEGRADO 10: *aquela autonomia que nos é dada após esse tempo ajuda-nos a desenvolver as capacidades e as competências que nós temos que desenvolver, às vezes por nós próprios.*

Outras vezes foi a experiência profissional prévia do integrado que contribuiu para uma mais rápida integração do mesmo, quer tenha sido na mesma instituição ou no mesmo serviço, por exemplo, (como estagiário).

INTEGRADO 1: *também houve a vantagem de já vir de outro serviço (...) já tinha prática de enfermagem de 2 anos ... Os procedimentos não eram novidade, não custou muito.*

INTEGRADO 7: *Eu tinha uma benesse porque tinha efetuado o meu estágio de integração á vida profissional neste serviço.*

Os integrados descrevem que é importante, antes de tudo, terem uma pessoa que possa estar com eles continuamente a ajudá-los no desenvolvimento do processo de integração. Desta forma expressam que poderia desenvolver-se um diálogo constante ao longo do processo, que lhes permitisse compreender e colmatar as dificuldades sentidas pelos novos elementos e ajudá-los na própria prática do exercício profissional.

INTEGRADO 1: *Tudo bem que não é possível ter um elemento supranumerário para nos acompanhar, mas então que fosse um elemento que estivesse sempre fixo e que sempre que eu fizesse tarde fosse com esse elemento, sempre que fizesse noite fosse com esse elemento.*

INTEGRADO 2: *Todos os dias dependente da pessoa, normalmente era a mais qualificada, ficava responsável pela integração.*

INTEGRADO 3: *Eu acho importante ter, então, o enfermeiro integrador e não ter doentes ... E depois, para além de não conseguirmos prestar cuidados porque vão falhar sempre coisas, andamos a incomodar o trabalho dos nossos colegas e isso prejudica o trabalho de equipa ... Pronto é neste aspeto que eu acho que tem de haver um período em que o enfermeiro não pode ter doentes*

INTEGRADO 4: *acho que era uma mais valia haver uma pessoa bem definida, responsável pelo processo de integração dos novos profissionais.*

INTEGRADO 5: *ficar com um enfermeiro assim mais responsável no início, também para ... ele nos conhecer melhor para nós termos mais à vontade pelo menos com uma pessoa no serviço.*

Perfil do Enfermeiro Integrador

Grande parte dos integrados fez referências ao que pensam ser o perfil adequado dos enfermeiros integradores, referindo as mesmas características que gestores e integradores: serem os elementos mais velhos, por serem os que têm mais experiência; terem sensibilidade, capacidade para escutarem e paciência para compreender e ajudar nas dificuldades dos integrados; promover o desenvolvimento do novo elemento, o seu pensamento crítico; serem motivados, dinâmicos e não fazerem juízos de valor.

INTEGRADO 1: *Acho que têm que ter alguma experiência sem dúvida.*

INTEGRADO 2: *Saber escutar, saber identificar as dificuldades do outro*

INTEGRADO 3: *mostrar os vários caminhos: Isto tem que ser feito assim assim...mas... para a pessoa também aprender porque é que está a fazer aquilo.*

INTEGRADO 6: *Na generalidade eram pessoas com paciência para nos ensinar e para nos integrar, mas também com uma postura para nos ouvir naquilo que a gente dizia ... Era importante que se tenha atenção na escolha da personalidade ... (...) tem que ser uma pessoa afável*

INTEGRADO 7: *ela também é muito motivada, motiva os outros, não faz juízos de valor, acho que isso é muito importante*

INTEGRADO 10: *deixar-nos fazer mas sempre a estar a ver se nós somos capazes ou não ... Tinha um perfil especial, sim para isso. Porque colocou-nos logo muito à vontade desde o início e eu acho que só o facto de nos dar autonomia ... dizer-nos as nossas limitações... nem todas as pessoas têm a capacidade de nos confrontar e dizer... eu acho que essa característica pessoal dela ajudou.*

Para os elementos em processo de integração os enfermeiros integradores devem ainda ser enfermeiros selecionados por possuírem alguma formação pertinente - por exemplo uma

especialidade – mas acima de tudo os que possuem mais anos de experiência profissional no mesmo serviço e serem reconhecidos como mais competentes.

INTEGRADO 7: *Acho que a especialidade é importante, mas também é importante para quem está aqui por exemplo há vinte anos ... Não estou a desvalorizar quem não tem a especialidade, mas acho que o chefe tem primado por escolher pessoas que têm a especialidade, que são pessoas que se calhar tem outro grau académico para fazer essas coisas.*

INTEGRADO 9: *Efetivamente a experiência, a experiência essencialmente no serviço. Acho que a qualificação profissional, de facto, torna-se secundária porque a experiência de facto e o número de anos de serviço são marcantes, penso que sim.*

Apoio do Gestor

Os integrados entrevistados referem que, para além do integrador, os enfermeiros gestores também tiveram um papel importante no desenvolvimento da integração. De acordo com os entrevistados, os gestores preparam antecipadamente os serviços para receber os novos elementos e mostraram-se continuamente disponíveis para ajudar perante quaisquer dificuldades sentidas pelos integrados.

INTEGRADO 1: *contribuíram muito a chefia e contribuíram as colegas que faziam o horário fixo*

INTEGRADO 5: *a enfermeira chefe também sempre se mostrou disponível para se precisássemos de alguma coisa, quer se fosse material de apoio, qualquer coisa...*

INTEGRADO 7: *o meu chefe também foi facilitador na medida em que me acho que me apresentou da forma correta ... (...) preparou bem o terreno antes de eu vir.*

Apoio da equipa

Além dos enfermeiros anteriormente referidos – integrador e gestor – os integrados referem também o apoio contínuo prestado pelos restantes elementos da equipa, que facilitaram a sua integração. Os integrados afirmam recorrer com frequência à equipa para tirar dúvidas, alguns aos elementos mais velhos, outros aos mais novos. Outros porém, tiveram mais que um integrador ao longo de toda a integração. Consideram que, a existência de interajuda e espírito de equipa contribuíram grandemente para o desenvolvimento adequado do novo elemento no seio da “nova” equipa.

INTEGRADO 7: *A integração foi feita um pouco por toda a equipa ... toda a equipa foi sensibilizada para colaborar. Não vou dizer que não foi nessa pessoa que residiu a*

integração, porque foi essa pessoa que o chefe nomeou, mas a maior parte das vezes não passou só por ela. Passou por toda a gente.

INTEGRADO 8: *acho que pela equipa que se tem que realmente é bom, porque depois há interajuda, e as pessoas que para além de serem colegas de trabalho são pessoas amigas, e isso ajuda*

INTEGRADO 12: *Fui integrada com a enfermeira I. foi quem esteve responsável por mim inicialmente quando estive a fazer manhãs, depois ia sendo integrada pelos colegas ... Como tive muito apoio deles também e toda a gente me recebeu muito bem, acabei por depois conseguir libertar-me ...*

Autoformação

Os integrados não se excluem dos elementos que consideram importantes para o sucesso do processo de integração considerando que há que fazer o “trabalho de casa”, isto é, que devem também contribuir para que a integração se desenvolva da melhor maneira. Como? Por exemplo esforçando-se por obter um conhecimento aprofundado da equipa e dinâmica do serviço, consultando à mínima dúvida o material de suporte presente no serviço, adquirindo ou aprofundando conhecimentos específicos relacionados com as patologias mais frequentes do serviço e com os cuidados de enfermagem respetivos etc.

INTEGRADO 5: *Claro que além disso tive que fazer muito trabalho de casa, não é? Porque como lá também é muita coisa, a maior parte das coisas foi estudado em casa ... quando nós queríamos saber mais alguma coisa, cabia a nós chegar a casa e pesquisar para saber mais um bocadinho da patologia.*

INTEGRADO 10: *lembro-me perfeitamente que nos primeiros dias sentia-me ignorante, ia para casa devassada, fui comprar todos os livros e mais alguns que havia sobre a área porque achava que não sabia nada disto e não sabia, não é?*

INTEGRADO 12: *tive que ir pesquisar porque dado que não tinha assim muitos conhecimentos, só aquilo que tinha dado curso e tinha sido pouco. Fui pesquisar e pedi aos colegas livros, inclusive livros de enfermagem, cuidados de enfermagem e livros médicos de ortopedia.*

2.3.3 Avaliação do Processo de Integração

Esta categoria inclui a subcategoria “Forma de Avaliação”, que por sua vez, inclui como indicador as avaliações formais e informais.

Avaliações formais e informais

De acordo com o que foi descrito anteriormente, também os integrados referem que a principal forma de avaliação é a que se realiza de modo informal, sobretudo com o integrador, em particular ao fim do dia. Em alguns casos os entrevistados referem terem existido algumas reuniões com o enfermeiro gestor, as quais foram ou não ter sido agendadas formalmente:

INTEGRADO 1: *Em relação à integração havia momentos informais, mas nada de formalidades, de assinatura e de papéis, isso não, nunca houve. (...) E realmente a avaliação com o gestor aconteceu passados seis meses que foi naquela transição de seis meses de contrato. A avaliação formal com assinatura de papéis foi nessa altura.*

INTEGRADO 5: *E além disso é importantes também as avaliações ... sentar com o enfermeiro responsável ou o enfermeiro chefe, por exemplo e ver aquilo que já se fez até altura, o que é que estamos a achar ... os pontos onde sentimos mais dificuldades, se calhar para termos mais oportunidades...*

INTEGRADO 6: *e no final desses seis meses fomos avaliados na prestação de cuidados, passávamos um turno com o chefe de equipa e o enfermeiro chefe.*

INTEGRADO 12: *ela ia-me dando o feedback, todos os dias me dizia o que achava, se estava bem, se estava mal, o que é que devia mudar, o que não devia não devia mudar... foi mais na base de todos os dias do que propriamente um dia específico para ver isso.*

Em alguns casos era o próprio integrado que procurava a sua avaliação ou feedback da sua evolução:

INTEGRADO 1: *O que é certo é que eu habitualmente em situações diferentes pergunto sempre no final do dia à colega que esteja comigo, e nesse caso eu própria procurei essa avaliação ... ser muito clara e sem medo de julgamentos e perguntar sempre como é que acham que nós agimos em determinada situação...*

INTEGRADO 7: *Logo no início do turno perguntava se estava preparada se tinha alguma dúvida do turno anterior, essas coisas todas. No final do turno ficávamos sempre a falar um bocadinho ... Estava sempre desperto para as minhas necessidades, e eu também tava aberta para ir ter com essa pessoa e dizer-lhe. (...) Porque nós até podemos pensar que estamos a fazer uma grande coisa, e afinal as pessoas no fundo não ficam satisfeitas, e se nós não formos alertados vamos continuar no mesmo registo. Acho que isso falta.*

Na tabela seguinte (Tabela 4) apresenta-se o resumo desta categorização.

Tabela 4 - Categorização da análise de conteúdo do Enfermeiro Integrado

Categoria	Subcategoria	Indicador	UNS
INICIAÇÃO AO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Apresentações	Apresentação da instituição, serviço e equipa	INTEGRADO 10: <i>houve algo que facilitou que foi, ser apresentada às diferentes pessoas (...) acho que nos deixa logo um bocadinho mais à vontade (...) Também achei importante, no dia a enfermeira diretora vir-me trazer ao serviço.</i>
	Gestão de emoções	Stress, Insegurança do integrado	INTEGRADO 11: <i>Foi o medo, tive muito medo na altura, foi a ansiedade, pronto acho que este serviço é muito específico e pronto tive medo de falhar.</i> INTEGRADO 6: <i>Mas durante meia dúzia de turnos é angustiante nós vermos os turnos a acabarem: "Falta dois turnos...eu amanhã já vou estar na prestação."</i>
	Planificação da integração	(In)Existência de manual de acolhimento	INTEGRADO 11: <i>Falta um bocadinho de organização, é tudo muito falado e não há uma coisa escrita (...) dizem há muito tempo é assim ou faz-se assim porque é assim e depois não há nada escrito onde a gente possa ir consultar e realmente seguirmos todos aquele padrão.</i>
		Gerir o tempo de integração	INTEGRADO 8: <i>Planificação...Não sei houve uma planificação.</i>
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Factores/ Estratégias determinantes	Integração faseada	INTEGRADO 3: <i>lembro-me que foi de uma forma faseada, quase como nós fazemos a supervisão clínica aos alunos, lembro-me disso que foi... penso que no primeiro, segundo dia nem fiquei com doentes distribuídos e só no final da semana é que comecei a ficar com doentes distribuídos ao pé dele.</i>
		Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia	INTEGRADO 7: <i>Por exemplo gostei logo na primeira semana de um colega meu me ter dado a responsabilidade: "olha, vais ali ter com aquela família fazer aquele ensino disto e daquilo." Sentiu que teve confiança em mim para fazer uma coisa que ele faria.</i>

		Perfil do enfermeiro integrador	INTEGRADO 6: <i>Na generalidade eram pessoas com paciência para nos ensinar e para nos integrar, mas também com uma postura para nos ouvir naquilo que a gente dizia ... Era importante que se tenha atenção na escolha da personalidade ... (...) tem que ser uma pessoa afável</i>
		Apoio do gestor	INTEGRADO 8: <i>Acho que ela é próxima da equipa. Sempre se mostrou muito disponível.</i>
		Apoio da equipa	INTEGRADO 1: <i>essencialmente é muito pertinente termos noção de quem são os colegas (...) que colegas é que estão connosco, a quem é que podemos recorrer</i>
		Autoformação do integrado	INTEGRADO 12: <i>tive que ir pesquisar porque dado que não tinha assim muitos conhecimentos, só aquilo que tinha dado curso e tinha sido pouco.</i>
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	Forma de Avaliação	Avaliações formais e informais	INTEGRADO 9: <i>Houve assim uma conversa informal, de facto, de forma a ver quais eram as dificuldades e se estava a correr bem a integração de uma forma bastante informal</i> INTEGRADO 10: <i>íamos fazendo pequenas avaliações ao longo do tempo ... quase sempre ao fim de cada dia.</i>

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do trabalho procuramos discutir os dados apresentados na análise de conteúdo e contribuir, desta forma, para encontrar respostas para as questões de partida definidas no início desta investigação.

A iniciação ao processo de integração foi a primeira categoria encontrada e comum aos três grupos de entrevistados. Corresponde à fase inicial do processo, em que o novo elemento é acolhido na instituição, este é-lhe apresentada assim como o serviço para onde irá exercer novas funções e a equipa. De acordo com os nossos entrevistados esta é uma fase que inclui também a realização de uma planificação da integração para cada integrado, tendo em conta possíveis manuais existentes no serviço e/ou instituição, assim como a gestão do tempo necessário/possível despendido para a integração do novo elemento.

A integração de novos enfermeiros nesta instituição hospitalar começava, de acordo com todos os entrevistados, habitualmente pela receção por parte do enfermeiro diretor e/ou enfermeiros adjuntos¹, onde eram abordados aspetos gerais da organização do hospital. Posteriormente era realizada a apresentação da instituição, que habitualmente consistia numa visita guiada pelas instalações e serviços de apoio mas, que em alguns casos, se ficava apenas pela sua referência teórica. Por fim, realizava-se a apresentação à equipa, na pessoa do(a) enfermeiro(a) chefe.

De referir que neste estudo de caso a integração, foi precedida de um concurso de recrutamento, com critérios de seriação assentes na avaliação curricular e em entrevista, efetuadas por um júri constituído pelo enfermeiro diretor e enfermeiros chefes/gestores. Deste concurso resultou uma bolsa seriada de enfermeiros, válida por um ano, à qual o serviço de recursos humanos recorria sempre que eram necessários novos enfermeiros.

Esta fase inicial do processo de integração está de acordo com o que Pedroso (1996) refere como sendo importante para os novos enfermeiros. Este autor refere que é importante que os enfermeiros conheçam a estrutura da organização, bem como os seus objetivos e finalidades. Por outro lado, refere, também a importância de conhecer as particularidades específicas inerentes à categoria de enfermeiro. Contudo, os nossos integrados entrevistados corroboram esta primeira ideia referida, no entanto relativamente às competências atribuídas como enfermeiros de

¹ No contexto desta instituição os enfermeiros adjuntos foram nomeados pelo Conselho de Administração por proposta do enfermeiro diretor entre os gestores/chefes, nos quais delegou funções e o substituem na sua ausência.

cuidados gerais inibem-se de falar do assunto, podem ter o conhecimento , mas não nos foi transmitido.

Deste modo podemos considerar que a forma como se inicia a integração neste hospital pode ser classificada como um fator facilitador da integração dos novos elementos.

O processo de integração e socialização de um enfermeiro pode, como se verificou, iniciar-se mesmo antes deste dar entrada no serviço, ou seja, no momento em que o enfermeiro chefe – gestor – toma conhecimento de que um novo elemento vai incorporar a equipa de enfermagem. Constatou-se, neste âmbito, que alguns gestores gostariam de participar na seleção dos elementos que são atribuídos aos seus serviços. Referiu um deles, numa atitude que denota porventura a vontade de selecionar enfermeiros que tenham maior probabilidade de se adaptar às especificidades do seu serviço. Contudo, esta escolha prévia parece não ser habitual ou mesmo possível. Coloca-se a questão se existirá de facto alguma comunicação entre as pessoas responsáveis pela seleção dos novos elementos (habitualmente enfermeiros chefes) e os enfermeiros chefes que necessitam de novos enfermeiros para os seus serviços. Esta resposta não é possível através deste estudo, mas será interessante estudar, esta fase de seleção dos candidatos e analisar de que forma são escolhidos (serão, por exemplo, selecionados a pensar num local de trabalho específico? Ou serão selecionados pela demonstração das suas competências gerais?). De qualquer modo, é importante referir que, na opinião dos gestores, a incapacidade de escolher os elementos a integrar pode representar um fator limitador do processo de integração.

Esta preocupação dos gestores é, de algum modo, corroborada pelos discursos dos integrados. A motivação que dado enfermeiro tem para integrar o serviço para o qual foi atribuído revelou-se como um elemento importante.

A forma como os novos elementos são acolhidos pelos elementos da equipa, e, em particular, pelo gestor é também apresentado como relevante neste processo.

Neste âmbito, Pedroso (1996) defende que, se a nível institucional, no momento da admissão dos enfermeiros a integrar for proporcionado um acolhimento personalizado, o processo de integração estará facilitado. Independentemente da antecedência com que o gestor tem conhecimento da chegada do novo elemento ao serviço que lidera, este tem necessidade de conhecer o integrado, e por isso quase todos referem começar pela realização de uma breve entrevista ou conversa informal, pretendendo que esta contribua para a seleção mais correta do local para onde este novo elemento poderá ser direcionado, tentando assim adequar o perfil do

enfermeiro a integrar às necessidades atuais do serviço que gere. Também poderá servir para conhecer um pouco da sua personalidade e escolher o tutor mais adequado. Alguns gestores referiram ainda que tão importante como esta primeira entrevista era terem em sua posse o *curriculum vitae* do novo enfermeiro, que lhes permitiria serem mais concisos e objetivos em todo o processo de integração. Este aspeto é sobretudo importante quando o serviço que gerem possui várias valências de cuidados, como é o caso de serviços que possuem uma unidade de cuidados especiais/intensivos e uma unidade com camas para recuperação (enfermaria), ou como é o caso do serviço de urgência que possui diferentes valências. No entanto, alguns gestores e integradores referem que este *curriculum* não é cedido aos enfermeiros chefes pela equipa responsável pela seleção dos novos elementos. Não obstante o facto do gestor poder ele próprio solicitar diretamente esse documento ao novo enfermeiro, este parece ser identificado como um elemento limitador.

Na apresentação da instituição, serviço e equipa, a planificação da integração e a gestão de algumas emoções por parte de alguns gestores e integrados constituem-se como aspetos fundamentais para a consecução de uma integração bem organizada, mais eficaz e efetiva.

O problema da gestão das emoções é referido pelos entrevistados e traduzido por sentimentos vivenciados de forma agradável ou desagradável, tornando-se assim em fatores facilitadores ou limitadores do processo de integração.

Já Azevedo (1996) salienta que a presença contínua e observadora do gestor, poderá, por vezes, detetar alguns sentimentos menos positivos por parte do enfermeiro integrado, tais como stress e ansiedade (algumas vezes relacionados com a curta experiência profissional destes profissionais ou com a elevada carga de trabalho no período inicial de integração) e tentar ajudar a ultrapassar esses sentimentos, mediante estratégias diversas, que podem passar tão simplesmente por conversar com eles sobre isso. É também neste sentido que são importantes os programas de integração profissional, que de acordo com Werther e Davis (1983) tem, entre outros benefícios, o facto de contribuem para diminuir a sensação de isolamento, da necessidade de atenção por parte dos colegas e supervisores, a apreensão e a ansiedade e aumentar a aquisição de segurança, bem como a diminuição de críticas e de repreensões por parte dos integradores, que faz com que os trabalhadores se tornem mais rapidamente parte da instituição.

Mas eventualmente mais importante que avaliar as emoções inerentes ao percurso do novo elemento é avaliar diretamente a sua motivação para ali estar, aspeto abordado por gestores e integradores como influente no planeamento de todo o processo de integração. Os enfermeiros

que já previamente estagiaram no serviço e que integraram ou que já trabalharam na mesma instituição são referenciados nas nossas entrevistas como enfermeiros mais motivados, aspeto que influencia positivamente o desenvolvimento do processo de integração.

Pedroso (1996) defende que a instituição que acolhe o novo profissional se deve preocupar com a fase de acolhimento, investindo um determinado tempo na aprendizagem adequada à aquisição da segurança necessária ao seu desempenho, sem supervisão direta, de forma a criar motivação ao integrado. Também Azevedo (1996) é de opinião que os enfermeiros gestores são responsáveis pela integração do novo elemento, o que requer planeamento, liderança, organização e avaliação. É também destas fases que se falará de seguida.

Relativamente a este processo de acolhimento/integração nos serviços verificou-se um consenso generalizado face à necessidade de existir um manual de acolhimento único, transversal à instituição. No momento das entrevistas apenas em alguns serviços foi referida a existência de um manual de procedimentos técnicos, de rotinas do serviço, ou respeitantes à orgânica do serviço e do hospital. Sendo identificado como um elemento facilitador da integração por todos os atores envolvidos é desejável que se providencie em todos os serviços um manual de acolhimento e um conjunto de protocolos/normas gerais e/ou específicas, que se constituam como ferramentas importantes e integrantes do programa de integração, planeado e elaborado para cada serviço. Estes manuais ou guias de acolhimento são identificados pelos três grupos de entrevistados como uma mais-valia, sobretudo quando se trata de documentos que têm definidos objetivos, permitindo uma autoavaliação contínua do integrado, pelo integrador e uma estrutura de suporte ao integrado que facilita a “auto”- orientação ao longo do período de integração. Apesar da unanimidade dos discursos dos elementos entrevistados, é importante salientar que alguns estavam mais despertados para a necessidade de um manual de procedimentos e normas e menos para um manual respeitante ao processo de acolhimento numa nova instituição/serviço. Este manual é referido na perspetiva da existência de um plano de Integração. Recentemente, Bucchi & Mira (2010) referiram que o processo de integração do enfermeiro facilita aos novos elementos/enfermeiros integrados a aquisição de habilidades e competências, através de experiência orientada na prática e de um *feedback* regular. Por isso, se considera que todo o enfermeiro quando ingressa pela primeira vez numa instituição de saúde deve ser contemplado com um programa de integração, que contribuirá para facilitar a sua adaptação à equipa de enfermagem. A questão que se coloca é se este programa está sob a forma escrita e consultável, se é assente na transmissão oral ou se em ambas. Na opinião da maioria dos nossos entrevistados a existir este programa assume, na atualidade, uma dimensão informal. Embora planear e gerir o

tempo necessário à integração não sejam tarefas fáceis, segundo a perspectiva dos três grupos de entrevistados.

A planificação do processo de integração, no que diz respeito à determinação do tempo de integração, não está estipulada pela direção de enfermagem. De acordo com os entrevistados a planificação varia de serviço para serviço, de uma semana a um mês, ou mais, dependendo de vários fatores, como por exemplo os recursos humanos disponíveis, algumas características específicas do serviço onde o enfermeiro integrado foi colocado, as competências do integrado e a sua experiência prévia. Não parece ser raro que um elemento seja integrado num serviço em que os enfermeiros que lá trabalham estejam vários dias sem ter um dia de descanso e a cuidar de um número elevado de doentes, maior que aquele que seria de esperar, de acordo com o rácio de dotações seguras estipulado pelas organizações nacionais e internacionais. Obviamente que nestas situações será difícil que o novo enfermeiro tenha o mesmo tempo e qualidade de integração que o enfermeiro que vai para um serviço onde tal não acontece. Contudo, este planeamento temporal prévio, ainda que possa ser alterado, parece ser importante para o enfermeiro integrado para que possa ser capaz de gerir os objetivos propostos mediante o tempo planeado. É importante ter em mente as suas metas e o tempo para as atingir. Por outro lado, é desejável que o tempo seja personalizado, isto é, que exista a possibilidade de adaptar o tempo disponível às características pessoais e profissionais do integrado. Por isso se evidenciou o acompanhamento personalizado, tal como referimos mais à frente. O que parece estar subjacente no discurso dos nossos entrevistados é que se for feito um bom trabalho no que respeita à planificação da integração, nomeadamente na construção de um bom manual de acolhimento, bem estruturado, organizado e com objetivos específicos, o tempo de integração poderá diminuir, o que é vantajoso para todos os intervenientes no processo.

Werther e Davis (1983) defendem que a existência de programas de integração profissional trazem muitos benefícios, nomeadamente diminuem a sensação de isolamento e da ansiedade, a aquisição de mais segurança e a menor necessidade de atenção por parte dos colegas e supervisores, bem como a diminuição de críticas e de repreensões dos integradores, que faz com que os trabalhadores se tornem mais rapidamente parte da organização. De acordo com Coan *et al.* (1996), o período inicial ocorre geralmente no período de um a três meses. Benner (2005) acrescenta que os enfermeiros recém-licenciados devem ter direito a um período de tempo que lhes permita fazer a transição de aluno para profissional, pelo que se torna fundamental a existência de um processo de integração. Já Schmalenberg e Kramer *in* Marquis e Huston (1999), apontam para a existência de quatro fases neste processo de transição, nomeadamente: a da

“lua-de-mel”; a do “choque”; a da “recuperação” e a da “solução”. Para Azevedo (1996), os enfermeiros gestores devem zelar pela implementação e manutenção de uma estrutura organizacional que facilite a integração, devendo esta ser flexível, aberta e ter por base uma relação harmónica entre os residentes e os integrados.

A análise das entrevistas relativamente à primeira dimensão –iniciação ao processo de integração- permite-nos concluir que o modo como se procede à integração é interpretado como elemento facilitador, enquanto a falta de participação dos gestores na escolha dos elementos a integrar e a ausência de alguma informação relevante, como o currículo vitae são interpretados como limitadores por parte dos gestores.

O desenvolvimento do processo de integração foi a segunda categoria resultante da análise dos dados. Esta corresponde a todo um conjunto de fatores/estratégias que os entrevistados referiram ter sido determinantes para facilitar o processo de integração, como por exemplo a personalização e o acompanhamento contínuo dos integrados até atingirem autonomia profissional, ou o perfil do enfermeiro integrador, subcategorias comuns aos três grupos de entrevistados. Mais discretamente foram identificadas algumas limitações ou dificuldades decorrentes do processo, mas que não foram constituídas como subcategorias por não se terem apresentado nas entrevistas como dados significativos.

Relativamente ao desenvolvimento do processo de integração foi possível retirar dos dados um conjunto de indicadores que se refletiram como estratégias facilitadoras do processo. Alguns destes indicadores são referidos apenas por dois grupos de entrevistados (gestor e integradores), a maioria destes indicadores é referida pelos três grupos de entrevistados, embora exista uma referência isolada em cada grupo.

A existência de uma integração faseada, referida nos resultados por gestores e integradores constitui-se como uma das estratégias determinantes para o processo de integração. Os enfermeiros integrados iniciam algumas vezes a sua integração nas manhãs ou já em regime de turnos na condição de supranumerários. Quanto a esta questão Pedroso (1996) refere que alguns enfermeiros gestores defendem programas de integração que deveriam incluir um período temporal em que os enfermeiros integrados trabalhassem como supranumerários, de modo a proporcionar-lhes também tempo para interiorizarem conceitos teóricos, relacionados com os cuidados de enfermagem ou outros assuntos de interesse. O autor acrescenta e defende que os novos elementos deveriam praticar também o horário rotativo de forma progressiva, de modo a

facilitar o processo de adaptação e adequação de forma gradual às especificidades de cada serviço.

Algumas das dificuldades sentidas pelos integrados entrevistados estavam relacionadas com o tipo de serviço para onde foram destacados - espaço, estrutura física, especificidade e dinâmica e polivalência. Os nossos integrados também referem que o nível de dependência dos doentes ou a documentação dos cuidados de enfermagem em suporte informático também se constituíram como fatores limitadores à sua integração, pelo que um processo de integração mais faseado era desejado pelos mesmos.

Os entrevistados – gestores e integrados - referem que para que os enfermeiros integrados não sintam dificuldades relacionadas com o tipo, especificidade, dinâmica ou polivalência do serviço, é preciso que a socialização² seja feita por etapas.

Gomes, citado por Santos (2009), fala-nos sobre o desenvolvimento de novas competências relativamente à fase inicial da integração. Segundo a sua perspetiva, no início os enfermeiros integrados vão estar limitados, pois estão ainda muito controlados no desenvolvimento de atividades, por isso para os que ambicionam progredir rapidamente através da aquisição de novos conhecimentos e competências vão encontrar o oposto, ou seja, uma excessiva carga de trabalho, exigências emocionais e pouco autocontrolo sobre o seu trabalho. Por conseguinte, o acompanhamento tutelado por um profissional é proporcionado em todos os casos, sendo considerado importante, por muitos elementos entrevistados, que o enfermeiro integrador trabalhe em horário fixo apresentando-se, assim, como mais um elemento facilitador da integração.

O facto da existência ou não de apenas um elemento integrador pareceu efetivamente ser relevante e uma preocupação comum aos três grupos de entrevistados, ao considerarem que apenas um enfermeiro deveria ser responsável pela integração ou então um enfermeiro no regime de horário fixo e outro no regime de turnos.

Abreu (2007), por sua vez, defende que a existência de uma supervisão possibilitará ao recém-licenciado o desenvolvimento de uma maior segurança nas atitudes, comportamentos e na execução prática. Na perspetiva dos nossos entrevistados é importante que este tutor possa

² Segundo Schein (2003), a socialização organizacional diz respeito à entrada no hospital de enfermeiros recém-licenciados e é o processo através do qual o novo elemento aprende os valores, capacidades, comportamentos esperados e conhecimento social essenciais para assumir um papel organizacional e para participar como membro da organização.

acompanhar o novo elemento por um período de tempo considerável, não significando isso que o contacto com os restantes elementos da equipa não tenha lugar, pelo contrário.

A Personalização e acompanhamento contínuo até à autonomia constituíram um indicador considerado relevante pelos três grupos de profissionais. Relativamente a esta questão da personalização, muitos gestores tentam garantir a individualização do processo de integração. Ao proporcionarem uma integração dinâmica e personalizada, mediante um acompanhamento próximo e baseada no diálogo, tendo em consideração aspetos relevantes para os integrados (por exemplo ajustar o local e o horário do integrado e o tempo de integração), os gestores julgam estar a proporcionar aos integrados uma integração mais completa e, em consequência, uma maior autonomia nos cuidados. Sentir que lhes é confiada responsabilidade e autonomia também foi referido como um aspeto fundamental. Na perspetiva dos integradores, a questão da autonomia constitui-se como um dos objetivos principais do processo de integração, traduzindo-se na capacidade de executar com competência as aptidões que são inerentes à função que é exigida. Tornou-se evidente que o objetivo de todo este processo de integração é a obtenção de autonomia pelo novo enfermeiro para o exercício das competências que lhe são exigidas. Este perfil de competências encontra-se plasmado no “Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais” (OE, 2012).

É obviamente desejável que a integração de um novo elemento promova a sua autonomia o mais rapidamente possível, contudo, como referimos anteriormente, este constitui-se como um processo gradual, que dependerá da experiência prévia que o elemento possa ter, nomeadamente naquele mesmo serviço (como aluno, por exemplo), ainda que a maior parte das competências só se desenvolvam “fazendo”.

Constatou-se também que um fator identificado pelos três grupos de entrevistados como facilitador, na análise de conteúdo realizada, é a escolha de um enfermeiro integrador com um perfil adequado, ou seja, possuidor de um conjunto de características profissionais, humanas, relacionais e pedagógicas - capacidades e competências - fundamentais à supervisão dos novos elementos, tais como a capacidade de liderança, de escuta, a experiência profissional, a capacidade de trabalhar em equipa, a responsabilidade e a dedicação ao serviço.

Relativamente ao perfil adequado do enfermeiro integrador Garrido (2004) diz que é importante que este tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e igualmente uma boa relação interpessoal. Abreu (2007) refere também que os integradores que sabem como gerir o tempo, organizar o trabalho, valorizar a relação com o utente, que possuem uma boa relação de proximidade, que são bons

profissionais, seguros das suas capacidades/competências, que mantêm o entusiasmo, que são amigos, com sentido de humor, que são atenciosos, pacientes e compreensíveis são vistos pelos recém-admitidos como um modelo profissional. Desta forma, serão estes os que desejavelmente deverão estar mais próximo dos novos elementos durante a sua socialização. Já Pedroso (1996) salienta que o enfermeiro integrador deve ter um papel de facilitador do processo de desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro integrado, de modo que ele seja capaz de refletir na ação, refletir sobre a ação e refletir sobre o refletir na ação. O integrado, por sua vez deverá ser um agente ativo neste processo, colaborando continuamente com o integrador.

Em contrapartida, Belo *in* Simões, Belo, Fonseca, Alarcão, e Costa, (2006) identificam como elementos limitadores da relação integrado/supervisor, a comunicação insuficiente, o autoritarismo, a indisponibilidade, o timbre de voz alterado, a prepotência e a pouca vontade em supervisionar. Também estes elementos foram aflorados nas entrevistas realizadas neste estudo.

Para além do conjunto de características e competências que o enfermeiro integrador deve possuir, Simões e Garrido (2007) defendem que o supervisor (neste caso o enfermeiro integrador) deve ser perito na área de enfermagem e deve possuir capacidades de análise e avaliação das atividades em contexto prático, assim como ter experiência na orientação clínica.

A existência de uma formação específica em supervisão foi um aspeto referido apenas pelo grupo dos integradores e que corresponde a outro dos fatores facilitadores da integração.

Contudo, Fernandes (2010) chama a atenção para o facto de que a preparação e treino para a formação em supervisão, mesmo que seja uma formação no âmbito do serviço, pode ser muito demorada e ter custos elevados, para além de poder haver escassez nos recursos humanos no serviço no momento da admissão. Este é precisamente um problema aflorado pela quase totalidade dos nossos entrevistados. É de facto evidente a preocupação em que o integrador possa acompanhar o integrado durante um período razoável, devendo ser disponibilizado tempo suficiente para que a supervisão possa acontecer (Garrido, 2004).

A supervisão clínica é também definida pela Ordem dos Enfermeiros, no novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (2012), “como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”.

Pese embora o termo reflexão não tenha sido colocado em grande evidência nas entrevistas realizadas, os seus pressupostos estão todos presentes: dar tempo à pessoa para pensar, levá-la a fazer por si própria, dar-lhe autonomia tutelada, ter-se paciência para explicar o porquê das

coisas, etc. Vários autores referem-se à prática reflexiva como uma auto consciencialização crítica, implica explorarmo-nos a nós próprios, refletindo nas nossas experiências, no sentido de nos tornarmos mais auto informados e auto avaliativos. Pressupõe então o desenvolvimento da consciência crítica que capacita o profissional para reconhecer e resistir às pressões do quotidiano, permitindo-lhe a habilidade para agir em situações complexas, apenas conseguida através da reflexão (Palmer, Burns e Bulman *in* Santos, 2009; Sá-Chaves, *in* Santos, 2009; Abreu, *in* Serrano, 2008).

Simões (2004) salienta que proporcionar períodos de reflexão durante a supervisão clínica (que pode ser de estudantes ou de profissionais) permite ajudar o integrado no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, assim como promove a adoção de uma compreensão estratégica e metodológica no processo de integração. Como tal, Ferreira and Kurcgant (2009) consideram a supervisão importante, tanto para os supervisores - integradores - como para os supervisandos – integrados - porque permite a promoção dos sentimentos de apoio e de bem-estar pessoal, o aumento de conhecimentos e de possíveis soluções para os problemas clínicos e também um maior autoconhecimento, no sentido em que para ser supervisor necessita de estar muito consciente das próprias competências e capacidades. Isto releva também o resultado que colocou em evidência a inovação introduzida pelos elementos integrados, ou o sentimento de satisfação e reconhecimento sentido pelos enfermeiros selecionados pelo gestor para serem responsáveis pela integração do novo elemento.

Este processo de integrar novos elementos pode, idealmente, conduzir à atualização da equipa, ao aprimoramento de processos e técnicas, desde que seja concedido esse espaço de intervenção ao novo elemento. Vários autores corroboram esta ideia, quando referem que para os teóricos da administração os recursos humanos são imprescindíveis para a adoção de uma política de valorização do ser humano, que contribua para a exposição dos seus pontos de vista, para a estimulação da criatividade. Mais especificamente, o relacionamento entre supervisor e supervisionado permitirá aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica (Peres and Kurcgant (1995), Garrido (2004).

Segundo os enfermeiros gestores e os próprios integrados, outra estratégia que facilita o desenvolvimento do processo de integração é a autoformação do integrado, que pode ser operacionalizada através da aquisição ou aprofundando conhecimentos específicos relacionados, por exemplo, com as patologias mais frequentes do serviço, etc. ou seja, é desejável que o

integrado seja capaz de se formar e realizar auto-pesquisa

O apoio recebido por parte do chefe/Gestor, foi um indicador apenas referido pelo grupo dos integrados, que se constituiu como estratégia facilitadora. Estes referem que os integradores e os enfermeiros gestores desempenharam um papel importante no desenvolvimento da sua integração, uma vez que se mostraram continuamente disponíveis para ajudar perante quaisquer dificuldades sentidas.

Por outro lado, a existência de interajuda e espírito de equipa, aliados ao apoio sentido, de forma contínua, por parte da restante equipa multidisciplinar – indicador comum ao grupo dos integradores e integrados e considerada outra das estratégias que facilitaram o processo de integração contribuíram grandemente para o desenvolvimento adequado do novo elemento no seio da “nova” equipa. Marquis & Houston (1999) salientam também que se sentirem aceites pela equipa, os novos elementos vão demonstrar maior satisfação profissional, contribuindo, deste modo, para o seu desenvolvimento e autonomia.

Por último, a avaliação do processo de integração constituiu-se como a terceira categoria encontrada na análise das entrevistas aos três grupos de enfermeiros. Nesta foram descritas as várias formas utilizadas para se proceder à avaliação do processo, alguns sentimentos referidos pelos enfermeiros integradores e a questão da inovação, isto é, algumas atualizações introduzidas pelo integrado no novo serviço.

De facto, existe uma forte unanimidade quanto à necessidade de uma avaliação regular da orientação clínica (Garrido, 2004). Já a forma de a realizar parece ser menos uniforme. Verificou-se, neste âmbito, que a forma como se avaliam os enfermeiros integrados é variável. Na perspetiva dos três grupos de profissionais entrevistados a avaliação pode ser conduzida de forma informal, com o desenvolvimento de reuniões periódicas não programadas, avaliando-se a existência de dúvidas ou dificuldades que não tenham sido percebidas pelo integrador, ou pode ser marcada uma avaliação mais formal e programada, por vezes incluindo o enfermeiro gestor. De toda a forma, para Azevedo (1996), o processo de avaliação deve ser progressivo, de forma a se conseguirem fazer as alterações necessárias para melhorar e personalizar o processo de integração. Assim, em ambas as situações o grande objetivo é o diálogo entre todos os intervenientes, de forma a conduzir o processo de integração da melhor forma.

Contudo, há interesse da parte de alguns gestores (não unicamente) em que haja uma espécie de um guião/check-list através do qual se pudessem constatar os aspetos ou objetivos mais ou

menos conseguidos, o que está de acordo com o que foi referido antes a propósito da necessidade de existir um manual de integração.

Não podemos esquecer que é igualmente importante a avaliação do enfermeiro integrador, que pode ser feita numa base de autoavaliação e/ou com a colaboração do enfermeiro integrado, que incluirá a sua opinião sobre a forma como foi integrado.

A avaliação de qualquer processo pode ser usualmente motivo de receio e de stress. Aqui não parece ser tanto o caso, já que estes sentimentos são experienciados sobretudo na fase inicial do processo. Os enfermeiros integrados sentem muito frequentemente medo, insegurança e stress, não necessariamente sendo influenciados pela sua experiência profissional prévia. Schein (2003) refere que os recém-admitidos são habitualmente mais ansiosos e com frequência parecem estar nervosos e excitados, podendo esta ansiedade dever-se à sua ignorância e confusão acerca da equipa, à sua preocupação em ser aceite pela mesma ou devido ao *stress* relacionado com a formação da identidade profissional.

A transição de aluno para profissional é passível de gerar stress no indivíduo, que poderá ser considerada situação dita normal, uma vez que o indivíduo ainda está numa fase de adaptação. Neste, são estimulados a serem autónomos e a desenvolverem esta capacidade, enquanto que quando ingressam no meio laboral esta autonomia é limitada, porque estão mais dependentes dos enfermeiros experientes, vão-se deparar com exigências de trabalho e emocionais muito elevadas, não estando ainda preparados para essa situação, não têm ainda muito controlo sobre as atividades que realizam e por isso necessitam de supervisão. Todo este conjunto de fatores desfavoráveis poderá culminar com um sentimento de angústia, de frustração e de incapacidade para alcançar os seus objetivos (Gomes, 2009). O que na realidade pode acontecer é haver um confronto entre as suas expectativas - irrealistas - e a realidade com que se deparam (Kramer, 1974 citado em Schwab, Jackson e Schuler, 1986)

Contudo, é preciso avaliar em que medida estes sentimentos serão ou não parte de um processo normal ou salutogénico de descoberta de um mundo novo, de uma fase que marca uma diferença pronunciada na vida de um indivíduo, ou pelo invés, se torna num processo patológico. Munson, citado por Garrido (2004) defende que, num contexto em que há supervisão na integração profissional, sentimentos como a ansiedade, o medo, a frustração e o fracasso são resultado de mecanismos inadequados. Neste caso, os profissionais necessitam de ajuda de alguém em quem confiem, como por exemplo os colegas.

Já Azevedo (1996) salienta que a presença contínua e observadora do gestor, poderá, por vezes, detetar alguns sentimentos menos positivos por parte do enfermeiro integrado, tais como stress e ansiedade (algumas vezes relacionados com a curta experiência profissional destes profissionais ou com a elevada carga de trabalho no período inicial de integração) e tentar ajudar a ultrapassar esses sentimentos, mediante estratégias diversas, que podem passar tão simplesmente por conversar com eles sobre isso. É também neste sentido que são importantes os programas de integração profissional, que de acordo com Werther e Davis (1983) tem, entre outros benefícios, o facto de contribuem para diminuir a sensação de isolamento, da necessidade de atenção por parte dos colegas e supervisores, a apreensão e a ansiedade e aumentar a aquisição de segurança, bem como a diminuição de críticas e de repreensões por parte dos integradores, que faz com que os trabalhadores se tornem mais rapidamente parte da instituição.

Foi ainda observado nas entrevistas realizadas que a componente sentimental não é vivida apenas pelos enfermeiros integrados, mas que também gestores e integradores vivem sentimentos importantes, ainda que diversos. Assim, assistimos a várias referências por parte de gestores a sentimentos de frustração. Estes eram proporcionados por sentirem que não conseguiam dispor do tempo necessário para o correto decorrer do processo de integração, nomeadamente porque os contratos dos novos elementos são temporários (preencher férias), ou então são elementos que vêm temporariamente de outro serviço, o que poderá constituir-se como um fator desestabilizador da equipa, assim como vai influenciar negativamente todo o processo de integração.

Na atualidade os gestores das nossas entrevistas, apesar de não referirem o motivo de não planificar a integração, apesar de considerarem elemento facilitador, é uma preocupação o processo de integração, mas não foi possível determinar qual o motivo dos gestores não planificarem o processo.

Tal como indica Carvalho (2009), atualmente é exigido aos gestores um aumento da qualidade dos cuidados prestados, assim como manter os profissionais satisfeitos, mas por outro lado é-lhes exigido que reduzam os custos ao mínimo. É um fenómeno eventualmente merecedor de mais atenção/investigação.

Quanto aos enfermeiros integradores, nesta última fase do processo de integração estes apenas descreveram de forma mais significativa sentimentos positivos, relacionados com a experiência de terem sido supervisores ao longo de um processo difícil e trabalhoso, mas também reconhecido e valorizado. Refira-se então a satisfação sentida pelos enfermeiros integradores competentes por

terem sido selecionados para essa função. Os discursos deixaram antever um sentimento de reconhecimento pelo seu esforço, dedicação e profissionalismo por parte dos gestores. Ainda que alguns inicialmente fiquem algo receosos de não conseguirem cumprir as suas funções, é geral o sentimento positivo posterior, nomeadamente porque estão a contribuir para a sua valorização pessoal e profissional e para a melhoria dos cuidados prestados pelos seus pares.

CONCLUSÃO

A entrada de novos profissionais numa organização deve ser objeto de uma atenção especial, quer pelos custos que possam estar envolvidos na integração do novo colaborador, quer pela implicação que pode ter na vida de cada indivíduo e nas suas práticas profissionais. Deste modo, é necessário definir ações que visem uma mais fácil integração à organização e ao posto de trabalho, o que passa, seguramente, pela qualidade dos procedimentos e do acompanhamento no acolhimento do novo elemento.

Na saúde, nomeadamente, no campo da enfermagem, este processo é crucial não só pelo referido anteriormente, mas também, pelo reflexo na prestação de cuidados de saúde ao utente. E neste processo de integração é igualmente importante o comportamento do gestor da unidade, do integrador e do próprio integrado.

O presente estudo teve como objetivo determinar a perceção dos fatores limitadores e facilitadores do processo de integração através da experiência dos três tipos de elementos envolvidos no processo- gestores, integradores e integrados.

As principais conclusões manifestam que não há evidência do conhecimento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros, quer pelos enfermeiros Gestores, quer pelos integradores ou pelos integrados. Assim, apesar de lhes ser atribuídas as funções e aptidões necessárias para a função por parte dos integrados, eles não manifestam esse conhecimento nas entrevistas. Também concluímos que não existe formação específica dos integradores para o processo de integração, logo não há uma planificação do mesmo e por fim, que os gestores manifestam uma clara preocupação com a integração dos novos membros, contudo admitem que não existe uma dinâmica de integração pré-estruturada no serviço pelo qual são responsáveis e que tal seria uma mais-valia para o serviço e uma forma de agilizar a entrada de novos enfermeiros.

Este estudo, possui algumas limitações podendo, por isso, ser passível de melhoria. Isto é a introdução de outros elementos poderiam permitir resultados mais robustos devendo ponderar-se a sua inclusão em estudos futuros. Em primeiro, a aplicação de um instrumento de observação do desempenho dos vários agentes simultaneamente às entrevistas, permitia comprovar os resultados obtidos. Isto é, a junção de uma avaliação quantitativa permitia uma maior consistência dos resultados.

Em segundo, o estudo deveria ser alargado a outras instituições hospitalares de forma a analisar paralelamente as praticas exercidas por estes, obtendo-se resultados mais abrangentes passíveis de serem extrapoladas para o contexto nacional. Era interessante, ainda, realizar este mesmo estudo após a elaboração do guia orientador de boas práticas, comparando os diferentes momentos (antes e depois) relativos à integração na organização.

Sem dúvida que o processo de integração é bastante complexo. Como enfermeira gestora de um serviço do Centro Hospitalar Baixo Vouga-Unidade de Aveiro, esta investigação veiculou uma implicação na prática nos procedimentos adotados. O processo de integração poderia ser agilizado com a proposta à comissão de enfermagem, após apresentação dos resultados, da criação de um guia de orientações de boas práticas na integração de novos enfermeiros.

Esperamos que este nosso estudo ajude a compreender melhor o processo de integração de todos os intervenientes, tornando-se um elemento facilitador do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde, 205 C.F.R.& Diário da República: I Série (1996): Lisboa
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril do Ministério da Saúde, 93 C.F.R. & Diário da República: I Série (1998).
- Abreu, W., 2003. Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. Coimbra (PT): Ed. Formasau
- Abreu, W., 2007. Formação e aprendizagem em contexto clínico. Coimbra: Formasau
- Alarcão, I., 2001. Do olhar superviso ao olhar sobre a supervisão.
- Amendoeira, J., 2006. Uma Bibliografia Partilhada da Enfermagem. Formasau, Coimbra.
- Azevedo, C., 1996. Integração de enfermeiros às unidades/serviços. Divulgação 38, 20-30
- Bardin, L., 1977. Análise de conteúdo.
- Barroso, I.M.A.R., 2011. " O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem-Estudo sobre Experiências de Aprendizagem, Situações e Factores Geradores de Stresse dos Estudantes". Universidade do Porto.
- Benner, P., 2005. De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Quarteto, Coimbra.
- Bergstein, N., Boog, G., 1980. A integração do novo funcionário. In: Manual de treinamento e desenvolvimento. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, pp. 273-80.
- Bucchi, S.M., Mira, V.L., 2010. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP 44, 1003-1010
- Carvalho, M.T.G., 2009. Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde. O profissionalismo numa encruzilhada. Edições Sílabo, Lda, Lisboa.
- Chiavenato, I., 1989. Recursos humanos na empresa. Atlas, São Paulo.
- Coan, T.e.a., 1996. A opinião de enfermeiros recém-admitidos sobre o programa de treinamento para a sua integração em um hospital de ensino. Rev Esc Enf USP 2, 187-203
- Cohen, H.A., 1981. The nurse's quest for a professional identity. Addison-Wesley Pub. Co., Medical/Nursing Division, California.
- Collière, M.F., 1989. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Costa, M.F.e., 2005. Dicionário de termos médicos. Porto editora lda, Porto.
- Coutinho, C.P., 2005. Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000). Universidade do Minho-Instituto de Educação e Psicologia.
- Creswell, J.W., 2007. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Thousand Oaks, CA. Sage.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., Martins, S., Leite, S., Aguiar, V., Andrade, V., 2010. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura.
- Faria, S., 2007. Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados. URL http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do_pdf=1&id=2959
- Fernandes, M.I.D., 2010. O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem. Universidade de Aveiro.
- Ferreira, A.C., 1994. Processos de Integração em Enfermagem, Porto.
- Ferreira, J., Kuregant, P., 2009. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. Acta paul. enferm 22, 31-36
- Garrido, A., 2005. A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. Sinais Vitais 61, 11-13
- Garrido, A.F.S., 2004. A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Universidade de Aveiro.
- Gomes, J.F., Cunha, M.P.e., Rego, A., Cunha, R.C.e., Cabral-Cardoso, C., Marques, C.A., 2008. Gerindo a entrada e o relacionamento: acolhimento, socialização e retenção. In: Robalo M (ed.) Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano. Edições Sílabo, Lisboa, pp. 321-369.
- Guerra, I.C., 2006. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Edição e Copyright, Cascais.
- Hesbeen, W., Martins, M.M.S., 2001. Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Lusociência.

- Longarito, C.S., 2002. O ensino clínico: A importância da orientação ea construção do saber profissional. *Revista Investigação em enfermagem* 5, 26-33
- Lopes, N.M., 2001. *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Quarteto Editora, Coimbra.
- Marquis, B., Huston, C., 1999. *Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação*. Artes MédicasSul Ltda, Porto Alegre.
- Menezes, M.H.V.F., 2010. *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*.
- Moraes, R., 1999. *Análise de conteúdo*.
- Moreland, R.L., Levine, J.M., 1982. Socialization in small groups: Temporal changes in individual-group relations. *Advances in experimental social psychology* 15, 137-192
- Ordem dos Enfermeiros, 2003. *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Divulgar
- Pedroso, M.H.M., 1996. *Integração na vida activa dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade Nova de Lisboa.
- Peres, H.H.C., Kurciant, P., 1995. O fenómeno recrutamento e seleção de enfermeiros em Hospitais: um enfoque fenomenológico. *Fenômeno recrutamento e seleção de enfermeiros em hospitais: enfoque fenomenológico*
- Pimentel, M.H., 1999. *Representações dos alunos de enfermagem sobre a profissão*.
- Potra, T.S., 1997. *Proactividade na socialização organizacional-O comportamento de procura de informação do enfermeiro recém-formado*. Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rua, M.d.S., 2011. *De Aluno a Enfermeiro- Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Lusociência, Loures.
- Santos, E.M.M., 2009. *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Universidade de Aveiro.
- Schein, E.H., 2003. Organizational socialization and the profession of management. *Organizational influence processes*, 283–94
- Seixas, P.C., Pereira, P., 2005. *Relações e situações críticas na enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa.
- Serrano, M.T.P., 2008. *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro.
- Simões, J., Alarcão, I., Costa, N., 2004. *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Universidade de Aveiro.
- Simões, J.F.F.L., 2004. *Supervisão em ensino clínico de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Supervisão. Universidade de Aveiro.
- Simões, J.F.F.L., Belo, A., Fonseca, M., Alarcão, I., Costa, N., 2006. *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados*. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 14
- Simões, J.F.F.L., Garrido, A.F.S., 2007. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem* 16, 599-608
- Siqueira, I.L.C.P.d., Kurciant, P., 2005. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de intervenção geral. *Re Esc Enferm USP* 3, 251-257
- Streubert, H.J., Carpenter, D.R., 2002. *Investigação qualitativa em enfermagem : avançando o imperativo humanista*. Lusociência, Loures.
- Van Maanen, J., Schein, E.H., 1979. Toward a theory of organizational socialization. *Research in organizational behavior* 1, 209-264
- Werther, W.B., Davis, K., 1983. *Administração de pessoal e recursos humanos*.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHBV para a realização de entrevistas a enfermeiro

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUÇA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.ma Senhora
Maria do Céu de Jesus Silvestre
Enfermeira-Chefe do
Serviço de Obstetrícia do
Centro Hospitalar Baixo Vouga-Aveiro

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª

Aveiro,

26/03/2012

031155

20-4-2012

ASSUNTO: pedido de realização de entrevistas a enfermeiros.

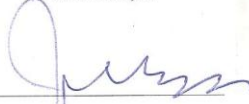
Em resposta ao pedido de colaboração, e depois de ter obtido parecer favorável da Comissão de Ética, da qual juntamos cópia, vimos pelo presente informar que se autoriza o pedido de “realização de entrevistas a enfermeiros”.

Quando for dado por concluído o trabalho, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de

Administração



(José Afonso-Dr.)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

GM.

CHBV – 347

ANEXO II - Parecer da Comissão de ética

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA EPE.

A Comissão de Ética reuniu no dia 18 de Abril de 2012, com todos os seus elementos. Analisou um pedido de “realização de entrevistas a enfermeiros” para apreciação e estudo dos elementos facilitadores e limitadores do processo de integração de novos profissionais integrados, integradores e gestores do Serviço, formulado pela senhora enfermeira D. Maria do Céu de Jesus Silvestre.

Tem o consentimento informado e a autorização do Director do Serviço.

Foram dadas as explicações pedidas em reunião da Comissão pela peticionária.

A Comissão de ética, após ouvir as explicações pedidas, entendeu por unanimidade dos presentes, nada haver que impeça o pretendido

Respeitosos cumprimentos

Aveiro, 18 de Abril de 2012

Pela Comissão de Ética



Amorim Figueiredo
(Presidente)

ANEXO III- Guião da entrevista (pag.1)

GUIÃO DE ENTREVISTA- Integrado/Integrador e Enfermeiro gestor da Unidade

Objectivo – Recolher informação para compreensão do processo de integração de novos profissionais de enfermagem mais especificamente fatores facilitadores e limitadores da integração no Hospital e no serviço.

A qualquer dos entrevistados, começo por legitimar a entrevista e motivar o entrevistado:

Apresentando-me e informando sobre os objetivos gerais da investigação; referindo a importância do seu contributo na realização do estudo; confirmo o carácter confidencial e solicito o consentimento livre e informado para assinar e autorização para gravar.

Guia integrado

A. Competências do enfermeiro de cuidados gerais.

- 1- Como desenvolveu as competências que lhe são atribuídas pela OE (Ordem de enfermeiros) no período de integração?
- 2- No desempenho das funções de enfermagem quais as principais dificuldades?
- 3- Como iniciou o processo de integração na Instituição e no serviço?
 - Quanto tempo esteve em integração?
 - Tinha experiências anteriores?

B. Processo de integração

1. Quais as suas expectativas em relação ao processo de integração
 - A nível do integrador
 - A nível do enfermeiro gestor do serviço
 2. Que estratégias pessoais desenvolveu para se integrar no serviço?
 3. Como iniciou o processo de integração? Na instituição? E no serviço?
 - Quando iniciou o processo de integração na Instituição e no serviço foi-lhe fornecido algum material de apoio? Se sim, qual? (Manual de acolhimento, normas, protocolos, direitos e deveres etc...)
 - Os materiais fornecidos pelo integrador e gestor deram resposta às suas expectativas?
 - Que informação lhe foi fornecida acerca da estrutura da organização, a nível de direitos e deveres, de relações hierárquicas de RH, de saúde o funcionamento do apoio da medicina no Hospital (protocolos, normas, método de trabalho)
 - Quem forneceu?
 - A nível do Serviço foi-lhe fornecido algum guia de acolhimento, manual do serviço, protocolos e normas?
 - 4- Existiu um programa de integração?
 - Consistiu em quê? Deu resposta às suas expectativas?
 - 5- O tempo de integração que lhe foi disponibilizado de acordo com o programa estabelecido foi adequado?
- ##### C. Interações

(pag.2)

3. Se fosse de novo questionado sobre exercer a função de integrador, aceitava?
 4. Na sua opinião, quais as características que o enfermeiro integrador deve ter para facilitar o processo de integração? Como acha que deveria ser o processo de integração?
 5. Acha importante no processo de integração, a demonstração de competências na resolução de problemas por parte do integrado e do enfermeiro gestor do serviço?
 - Na tomada de decisão,
 - Da delegação de competências,
 - Da responsabilidade profissional
 6. Que estratégias utilizou para promover o desenvolvimento de competência do integrado?
 - A experiência profissional é importante para a transmissão de saberes (competências) aos integrados? Concretize com exemplos
 7. Que sentimentos e emoções vivenciou no processo de integração?
 - Do integrado
 - Do enfermeiro gestor.
 8. Quais as experiências que considerou facilitadoras e limitadores do processo de integração?
 9. **Caraterização sociodemográfica**
 - Idade
 - Tempo de serviço
 - Categoria profissional
 - Habilitações académicas
 - Habilitações profissionais
 - Tempo como integrador
 - No mesmo serviço? Ou em outros serviços?
 - Se não, quais os serviços?
 - Vinculo profissional
-

Guia enfermeiro gestor do serviço

A- Operacionalização do processo de integração

1. Como planifica o processo de integração de novos profissionais?
 - A nível do Hospital
 - E do serviço?
 - Define os objetivos, como os avalia?

2. Como são seleccionados os elementos integradores no serviço?
 - Na sua opinião o perfil de um bom integrador corresponde a que características pessoais e profissionais?
3. Quem faz e como faz o acolhimento dos novos enfermeiros?
 - Apresentação do Serviço/equipas multidisciplinar
 - Método de trabalho
4. Se decorrerem momentos marcantes no processo de integração como os analisa? Se sim, dê um exemplo.
5. É informado previamente sobre a chegada de um novo enfermeiro?
 - Quem informa? Que informação curricular lhe é fornecida? Acha importante conhecer previamente o CV para planear a integração?
6. Na sua opinião, como acha que deveria decorrer o processo de integração de enfermeiros?

B – Identificação de estratégias utilizadas para o desenvolvimento de competências

1. Como orienta o enfermeiro integrador para a orientação de novos enfermeiros no serviço?

D- Identificação de sentimentos e emoções no processo de Integração de novos profissionais com o integrado e com o integrador

1. Procura Identificar emoções e sentimentos vivenciados pelos enfermeiros na interação com os diferentes intervenientes no processo de cuidados?
 - Profissionais
 - Doentes/família
 - Refira sentimentos e emoções que podem influenciar a interacção com o doente
2. Da sua experiência profissional, que episódio considerou marcantes no processo de integração, quer facilitadores, quer limitadores? Porquê?

10. Caracterização sociodemográfica

Idade

Tempo de serviço

Categoria profissional

Habilitações académicas

Habilitações profissionais

Tempo como gestor

- No serviço atual?
- Noutros se for o caso e quais?

Vínculo profissional

No final de qualquer uma das entrevistas, agradecer pela disponibilidade, informações, tempo e atenção dispensados.

(pag.4)

- 1- Como considera a interação com o seu integrador, face à resposta das suas necessidades?
 - 2- Como caracteriza a interação com os diferentes profissionais do serviço?
 - Equipa de enfermagem
 - Assistentes operacionais
 - Administrativas
 - Médicos
 - Outros técnicos do serviço
 - 3- Ocorreu algum momento de avaliação na sua integração, formal ou informal em que lhe tenham dado feedback do seu desempenho?
 - Se sim, qual a importância que atribui ao momento?
 - Em que consistiu? Quem foram os elementos intervenientes?
 - 4- Quais os elementos que identifica como facilitadores do processo de integração?
 - 5- E os elementos limitadores?
 - 6- Relate um episódio marcante pela positiva, e outro pela negativa.
 - Refira as pessoas mais marcantes
 - Como ultrapassou as dificuldades
 - O enfermeiro integrador e o enfermeiro gestor tiveram um papel relevante neste processo?
 - 7- Que funções desenvolveu no período de integração?
 - Achou que foram suficientes para o desempenho que lhe é atribuído?
 - 8- Quais as maiores dificuldades em assumir a prática autónoma de enfermagem?
 - 9- Na sua opinião como é que acha que devia ser desenvolvido o processo de integração?
 - 10- A experiência profissional do integrador é importante para a transmissão de saberes, competências ao integrado? Se sim, concretize com um exemplo
 - 11- Que sentimentos e emoções vivenciou no processo de integração?
- D. Caracterização sociodemográfica**
- Idade
- Ano de conclusão do curso licenciatura enfermagem
- Tempo de exercício profissional
- Tempo de exercício na Instituição
- Vínculo profissional (CIT a termo certo; CIT sem termo; CIT termo incerto)
- Serviço de integração no Hospital
-

Guia Integrador

A. Nível pessoal do enfermeiro integrador

1. Como enfermeiro integrador teve alguma formação dirigida para desenvolver as suas competências nessa área?
 - Se sim, qual? (temas, duração, local, promovidas por quem?)
2. Como se tornou responsável pela integração de novos enfermeiros no seu serviço?

ANEXO IV -Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

PROJECTO: "INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO"

O meu nome é Maria do Céu de Jesus Silvestre, sou enfermeira chefe do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, e estou a realizar a minha dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública na Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território. Gostaria de contar com a sua participação nesta investigação que estou a realizar no âmbito do processo de integração de novos profissionais de enfermagem em Instituições Hospitalares.

Os objetivos principais desta investigação são identificar os elementos facilitadores e limitadores no processo de integração num serviço hospitalar a nível de integrados, integradores e enfermeiros gestores das unidades.

Para tal, preciso da sua colaboração voluntária, através de uma entrevista. Os dados são confidenciais.

Agradeço a sua colaboração.

Maria do Céu de Jesus Silvestre

Eu.....concordo
em participar nesta investigação. Estou consciente que os dados serão mantidos
confidenciais.

Aveiro, ____/____/____